

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA LA REDUCCIÓN
DE LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN UN GRUPO DE
PACIENTES HIPERTENSOS.**

POR:
LAURA JANETH DOMÍNGUEZ CEDEÑO

2007

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS
SÍNTOMAS DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES
HIPERTENSOS.**

POR:
LAURA JANETH DOMÍNGUEZ CEDEÑO

Tesis para optar por el Grado de Maestría en Psicología Clínica.

Panamá, 2007

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN CONDUCENTES A LA TESIS DE GRADO

CÓDIGO:	327-14-06-06-47
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	LAURA JANETH DOMÍNGUES CEDENO
CÉDULA:	4-255-698
TÍTULO DE LA TESIS:	TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS.
ASESORA:	DOCTORA GRACIELA ÁLVAREZ
FIRMA DEL ASESOR:	_____
FIRMA DEL ESTUDIANTE:	_____
APROBADO POR:	_____

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE
INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO.

FECHA: _ _ _ _ _.

ÍNDICE GENERAL

	Página.
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	1
Summary	2
Introducción	3
CAPÍTULO I. FUNDAMENTO TEÓRICO	6
1. Generalidades sobre la Hipertensión Arterial	6
1.1. Definición	6
1.2. Etiología	7
1.3. Clasificación de la Presión Arterial	8
1.4. Factores de Riesgo	9
1.5. Tratamiento	12
2. Clasificación diagnóstica del trastorno	14
2.1. Trastorno Psicosomático	14
2.2. Factores psicológicos que afectan al estado físico.	16
2.3. Factores psicológicos asociados a la Hipertensión Arterial	19
2.3.1. Estrés	19

2.3.2. La Ansiedad	22
2.3.3. Estilos de vida	23
3. Estrés y Emoción, Teorías de Lazarus sobre el Manejo e Implicaciones para la Salud.	25
3.1. Interacción.	25
3.2. Estrés	26
3.3. El manejo	27
3.4. Variables ambientales que influyen sobre el estrés	27
3.5. Variables personales que influyen sobre el estrés.....	28
3.6. Recursos personales	28
3.7. La Valoración	28
3.8. El manejo.....	29
3.9. Estrés y Salud	30
CAPÍTULO II. TRATAMIENTO	32
1. Psicología Clínica de la Salud y sus Métodos.	32
2. Modelo de Intervención.	33
3. Modelo de Intervención Cognitivo - Conductual.	33
4. Estrategias de Intervención en la Terapia Cognitivo-Conductual	35
4.1. Relajación	35
4.2. Reestructuración Cognitiva	35

4.3. Técnicas de Afrontamiento	37
4.4. Resolución de Problemas	38
4.5. Entrenamiento en Asertividad	39
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	40
1. Enunciado del Problema.	40
2. Justificación de la Investigación	40
3. Objetivos	41
3.1. Objetivo General	41
3.2. Objetivos Específicos	42
4. Sujetos	42
5. Diseño de Investigación.	42
6. Definiciones Conceptuales	44
7. Definiciones Operacionales	46
8. Hipótesis	48
8.1. Hipótesis Conceptual	48
8.2. Hipótesis Operacional	49
8.3. Hipótesis Estadística	52
9. Estadísticos	58
10. Instrumentos	59
11. Variables	61
11.1. Variable dependiente	61
11.2. Variable independiente	63

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	124
CONCLUSIONES	170
RECOMENDACIONES.....	173
BIBLIOGRAFÍA	176
ANEXOS	180

ÍNDICE DE CUADROS

		Página
Cuadro N° I	Características generales del grupo experimental	124
Cuadro N° II	Características generales del grupo control.....	125
Cuadro N° III	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones de la Prueba de Ansiedad en el postest.	127
Cuadro N° IV	Prueba t para medias independientes. Escala de Ansiedad de Hamilton del grupo control y experimental en el postest.	128
Cuadro N° V	Prueba t para medias dependientes. Escala de Ansiedad de Hamilton del grupo experimental en el pretest y postest.....	129
Cuadro N° VI	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones del Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica en el postest.	131
Cuadro N° VII	Prueba t para medias independientes. Escala de Mejoría Clínica del grupo control y experimental en el postest.....	132

Cuadro N° VIII	Prueba t para medias dependientes. Escala de Mejoría Clínica del grupo experimental en el pretest y postest.	133
Cuadro N° IX	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones de la Escala de Estrés en el postest.	135
Cuadro N° X	Prueba t para medias independientes. Escala de Estrés del grupo control y experimental en el postest.	136
Cuadro N° XI	Prueba t para medias dependientes. Escala de Estrés del grupo experimental en el pretest y postest.	137
Cuadro N° XII	Comparación del grupo control y experimental En las puntuaciones de la escala de Hábitos de Salud en el postest.	139
Cuadro N° XIII	Prueba t para medias independientes. Escala de Hábitos de Salud del grupo control y experimental en el postest.	140
Cuadro N° XIV	Prueba t para medias dependientes. Escala de Hábitos de Salud del grupo experimental en el pretest y postest.	141

Cuadro N° XV	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones de la escala de Red de apoyo Social en el postest143
Cuadro N° XVI	Prueba t para medias independientes. Escala de red de Apoyo Social del grupo control y experimental en el postest144
Cuadro N° XVII	Prueba t para medias dependientes. Escala de Red de Apoyo Social del grupo experimental en el pretest y postest.....145
Cuadro N° XVIII	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones de la Escala de Fuerza Cognitiva en el postest147
Cuadro N° XIX	Prueba t para medias independientes. Escala de Fuerza Cognitiva del grupo control y experimental en el postest148
Cuadro N° XX	Prueba t para medias dependientes. Escala de Fuerza Cognitiva del grupo experimental en el pretest y postest.....149
Cuadro N° XXI	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones de la Escala de Valoración Positiva en el postest151

Cuadro N° XXII	Prueba t para medias independientes. Escala de Valoración Positiva del grupo control y experimental en el postest152
Cuadro N° XXIII	Prueba t para medias dependientes. Escala de Valoración Positiva del grupo experimental en el pretest y postest153
Cuadro N° XXIV	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones de la Escala de Valoración Negativa en el postest.....155
Cuadro N° XXV	Prueba t para medias independientes. Escala de Valoración Negativa del grupo control y experimental en el postest.....156
Cuadro N° XXVI	Prueba t para medias dependientes. Escala de Valoración Negativa del grupo experimental en el pretest y postest.....157
Cuadro N° XXVII	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones de la Escala de Minimización de la Amenaza en el postest.....159
Cuadro N° XXVIII	Prueba t para medias independientes. Escala de Minimización de la Amenaza del grupo control y experimental en el postest.....160

Cuadro N° XXIX	Prueba t para medias dependientes. Escala de Minimización de la Amenaza del grupo experimental en el pretest y posttest.....	161
Cuadro N° XXX	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones de la Escala de Concentración en el problema en el posttest.....	163
Cuadro N° XXXI	Prueba t para medias independientes. Escala de Concentración en el Problema del grupo control y experimental en el posttest.....	164
Cuadro N° XXXII	Prueba t para medias dependientes. Escala de Concentración en el Problema del grupo experimental en el pretest y posttest.....	165
Cuadro N° XXXIII	Comparación del grupo control y experimental en las puntuaciones de la Escala de Bienestar Psicológico en el posttest.....	167
Cuadro N° XXXIV	Prueba t para medias independientes. Escala de Bienestar Psicológico del grupo control y experimental en el posttest.....	168
Cuadro N° XXXV	Prueba t para medias dependientes. Escala de Bienestar Psicológico del grupo experimental en el pretest y posttest.	169

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica N° 1	Medias de los grupos control y experimental en la prueba de Ansiedad de Hamilton en el pretest y postest126
Gráfica N° 2	Medias de los grupos control y experimental en el Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica en el pretest y postest130
Gráfica N ° 3	Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Estrés en el pretest y postest 134
Gráfica N° 4	Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Hábitos de Salud en el pretest y postest138
Gráfica N° 5	Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Red de Apoyo Social en el pretest y postest142

Gráfica N° 6	Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Fuerza Cognitiva en el pretest y postest	146
Gráfica N° 7	Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Valoración Positiva en el pretest y postest	150
Gráfica N° 8	Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Valoración Negativa en el pretest y postest	154
Gráfica N° 9	Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Minimización de la Amenaza en el pretest y postest.....	158
Gráfica N° 10	Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Concentración en el Problema en el pretest y postest	162
Gráfica N° 11	Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Bienestar Psicológico en el pretest y postest	166

DEDICATORIA

A todas las personas que amo y que han significado para mí el impulso para terminar todos mis propósitos. Especialmente a mis padres que Dios me ha regalado pues sin ellos nada de lo que he logrado hasta ahora fuera posible

Gracias Señor por todos ellos, y es por ellos que mi vida tiene un propósito.

AGRADECIMIENTO

A todas las mujeres que han significado un apoyo importante para que este trabajo fuera una realidad.

A la profesora Graciela, mi asesora, gracias por su tiempo y ayuda.

A mis jefas que me dieron la oportunidad y apoyaron esta labor.

A todas las profesoras y colaboradoras, compañeras y amigas que hicieron que esta meta fuera una realidad

Gracias Ruah.

RESUMEN

El presente estudio ha tenido como propósito esencial la aplicación y evaluación de un programa de corte cognitivo-conductual, para el manejo del estrés y de la ansiedad, en pacientes hipertensos. A través de un diseño de investigación cuasi-experimental, con grupo control y experimental, fue evaluada la efectividad de una intervención cognitivo-conductual en el grupo experimental, aplicada a pacientes hipertensos que presentaban estrés, ansiedad y dificultad en el manejo de su enfermedad, con el objetivo de que pudieran mejorar sus estados de estrés, de ansiedad y de adaptación como pacientes hipertensos. La muestra estuvo integrada por 20 pacientes hipertensos asignados en dos grupos, el grupo experimental con una edad promedio de 44 años, ocho eran mujeres y 2 eran hombres. En el grupo control con una edad promedio de 50 años, 5 eran mujeres y 5 eran hombres. No estaban recibiendo atención psicológica ni psiquiátrica y no estaban tomando psicofármacos. El tratamiento fue ofrecido en 12 sesiones, dos veces por semana, con una duración de 2 horas cada sesión. Las pruebas administradas para la evaluación del paciente fueron: Perfil de Estrés de Nowack, Escala de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica. Se utilizó el estadístico t para grupos independientes y dependientes. Se planteó un nivel de significación de 0.05 a una cola. Concluimos que había suficiente evidencia estadística para indicar que los pacientes del grupo experimental disminuyeron sus niveles de estrés y de ansiedad después del tratamiento en comparación con el grupo que no lo recibió. Podemos concluir que el tratamiento fue efectivo para que los pacientes lograran disminuir sus niveles de estrés y ansiedad. Se realizaron recomendaciones tendientes a mejorar la atención integral que se brinda a los pacientes hipertensos, incluyendo, en el tratamiento de estos pacientes la alternativa de las terapias grupales cognitivo conductuales.

SUMMARY

The main purpose of this study is the application and evaluation of a behavioural-cognitive program, to handle stress and the anxiety in hypertension patients. Through an cuasi-experimental investigation designed with control and experimental groups, the efficacy of a behavioural-cognitive intervention. Was made in both groups, it was applied to hypertension patients that presented stress, anxiety and difficulty to cope with their disease. The purpose of this application was to help them to improve their levels of tress and anxiety, a better adaptation as hypertension patients. The sample was compound by twenty hypertension patients. Divided in two groups, the experimental group with an average of 44 years, eight were women and two men. In the control group with an average of 50 years, five were women and five men. These patients were not receiving any previous psychological or psychiatric treatment and they were not under any type of antidepressant or anxiolytic medication. They had a twelve sessions treatment, twice per week, and two hours per session. Nowack's Stress profile, Hamilton's anxiety scale and the Questions of Adaptation and Global Clinical improvement were performed tests to evaluate the patients. It was used the statistical T for depend and independent groups, the significant level was of 0.05 at one tail. There was enough statistical evidence to say that the patients of the experimental group decreased their stress and anxiety level after the treatment . There were made some suggestions to improve the attention to the hypertension patients, included the grouped behavioural-cognitive.

INTRODUCCIÓN

Está demostrado que si bien la etiología de la hipertensión arterial, en su gran mayoría, tiene orígenes biológicos y genéticos, no es menos cierto que el estrés juega un papel importante en el curso y la acentuación de la enfermedad. Además, para tener un control adecuado de la enfermedad juegan gran importancia los estilos de vida que el paciente tenga, y estos se convierten en la estrategia principal para poder controlar la enfermedad. En general se mantienen estilos de vida insanos producto de cogniciones equivocadas sobre la enfermedad. Por lo anterior, se les brindó a los pacientes un programa cognitivo conductual que les permitió, disminuir los niveles de ansiedad y estrés, además de, analizar y cambiar las cogniciones que mantienen los estilos de vida perjudiciales para la conservación de la salud.

En este estudio se realizó una investigación cuasi-experimental en la cual se comparan dos grupos de pacientes que padecen de hipertensión arterial, los cuales tienen dificultad para controlarla, se le aplica un programa cognitivo conductual para disminuir el nivel de estrés y ansiedad a uno de los grupos y se compara con el grupo que no recibió dicho tratamiento. También, se compara el grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

En el Capítulo I se realiza una revisión general sobre los aspectos teóricos de la Hipertensión Arterial y de los Factores Psicológicos que se pueden presentar en dicha

enfermedad. Se definen los conceptos de Hipertensión Arterial y se hace referencia a las investigaciones sobre las posibles causas y factores asociados con la etiología, curso y cronicidad de la enfermedad. Además, se resumen algunas de las teorías más recientes sobre los Trastornos Psicosomáticos y cómo pueden los factores psicológicos afectar el estado físico de las personas. Al finalizar el capítulo se encuentran los planteamientos de Lazarus sobre el Manejo de las Emociones y el Estrés y cómo inciden estos en la salud.

El Modelo Teórico del tratamiento aplicado a los sujetos en esta investigación, es explicado en el Capítulo II. En este Capítulo se encuentra un acercamiento a la Psicología Clínica de la Salud y los métodos más utilizados por ella, como preámbulo al modelo escogido para aplicar en este trabajo de investigación. El Modelo de Intervención Cognitivo Conductual, es la base del Tratamiento escogido para remediar los síntomas de estrés y ansiedad que presentan los sujetos, se utilizan estrategias como la relajación, la reestructuración cognitiva, y las técnicas de afrontamiento, entre otras, para el manejo de los síntomas de los sujetos.

El Capítulo III, planteamiento metodológico de la investigación, donde se describe cuál es el problema de investigación y se hace referencia a la importancia que tiene, en los sistemas de salud, el manejo integral de los pacientes con enfermedades crónicas. También se define el objetivo general de la investigación que es reducir los síntomas de estrés y ansiedad de los pacientes hipertensos por medio de la terapia Cognitivo Conductual.

La presentación de los resultados del estudio y su análisis se muestran en el Capítulo IV. Se utilizan cuadros y gráficas para presentar los resultados analizando de forma estadística los mismos. El análisis estadístico se desarrolló a partir de la comparación de los puntajes obtenidos por medio de las Medias y el estadístico utilizado en la comparación de los diferentes grupos fue la *t* de Student para grupos dependientes e independientes.

En el Capítulo V se presentaron las conclusiones y recomendaciones obtenidas del presente estudio, que están fundamentadas en el rechazo de la hipótesis nula y la confirmación de que el tratamiento redujo los síntomas de estrés y ansiedad que presentaban los pacientes. Como recomendaciones generales se hace énfasis en la participación del Psicólogo Clínico en el tratamiento de pacientes Hipertensos.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTO TEÓRICO

I. Generalidades sobre la Hipertensión Arterial

1.1. Definición

La Hipertensión Arterial es uno de los problemas de salud pública de mayor importancia en el mundo entero (se calcula que 1 billón de personas en el mundo la padecen). Se considera la enfermedad crónica más frecuente en la humanidad, pues está presente en 15-20 % de los adultos, de ellos aproximadamente el 50% lo sabe y 50% lo ignora. (Reynoso y Seligson, 2005).

Las Guías de Atención de Salud de Adultos de la Caja de Seguro Social (C.S.S., 2001), definen la HTA como: “la elevación sostenida de la PA en cifras mayores de 140 mmHg (sistólica) y 90 mmHg (diastólica), que conlleva el riesgo de causar lesiones en órganos blancos como los lechos vasculares de la retina, el corazón, el cerebro y los riñones”.

La presión sistólica refleja la fuerza ejercida contra las paredes del vaso, cuando la sangre es bombeada durante la acción de contracción o latido del corazón. La segunda cifra es la presión sanguínea diastólica. Esta lectura se refiere al nivel de presión ejercida en sus vasos entre los latidos cardíacos, cuando el músculo del corazón está relajado (Cooper, 1990).

La Hipertensión Arterial, es generalmente, una afección sin síntomas en la que la elevación anormal de la presión dentro de las arterias aumenta el riesgo de trastornos como: un ictus, la ruptura de un aneurisma, una insuficiencia cardíaca, un infarto de miocardio y lesiones del riñón. (El Manual Merck, 1994). Como muchos problemas médicos, inicia de forma silenciosa y solapada y en general no hay síntomas claros. Hay ocasiones en las que el primer síntoma es un accidente vascular cerebral o una crisis cardíaca. Es por ello que en muchos casos se le conoce a la enfermedad de la hipertensión como el “asesino silencioso”. Con todo esto, aunque es una enfermedad tan peligrosa, la Hipertensión tarda de diez a veinte años en causar un daño real a la salud. Por lo que un diagnóstico temprano y un control adecuado son de gran importancia.

1.2. Etiología

Existen dos tipos de Hipertensión Arterial (HTA), primaria y secundaria o esencial. La causa más frecuente de HTA en todos los grupos de edades es la hipertensión Esencial, 85 % de los casos diagnosticados (European Society of Hipertensión, 2003). Su etiología no se conoce bien, pero es probable que se deba a múltiples factores relacionados como: el sistema simpático, el volumen de líquido extracelular, el balance de sodio, etc. En el caso de la Hipertensión secundaria existe la posibilidad de revertir la Hipertensión al suprimir la causa, lamentablemente sólo estamos hablando del 15 % de los casos.

1.3. Clasificación de la Presión Arterial

A continuación se detalla los niveles normales y patológicos de Presión Arterial en las personas adultas mayores de 18 años según El Séptimo Informe de la Junta del Comité Nacional de Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión (JNC-7º Informe, 2003):

Clasificación	PA Sistólica	PA Diastólica
Normal	< 120	<80
Prehipertensión	120 - 139	80 -89
HTA Estadío 1	140 - 159	90 - 99
HTA Estadío 2	> 160	>100

Las cifras de Presión Arterial se miden en milímetros de mercurio (mmHg), dado que se usa una columna de mercurio líquido en los esfigmomanómetros estándares para medir la presión sanguínea. Si bien estas son las cifras normales esto puede cambiar en función de la edad, sexo, estilos de vida y otras variables a considerar.

Los individuos considerados como pre-hipertensos (presión arterial sistólica de 120-139 mmHg o presión arterial diastólica de 80-89 mmHg) requieren promoción de salud en la modificación de estilos de vida para prevenir las enfermedades cerebro-vasculares (CSS, 2001).

1.4. Factores de Riesgo

Las Guías de Atención de Adultos de la Caja de Seguro Social (CSS, 2001) nos hablan de dos tipos de factor de riesgo para la HTA: los no modificables y los modificables.

1.4.1. No modificables

- Edad: existe una tendencia a que se incremente la PA con la edad, según un estudio del subcomité para la Definición y Prevalencia de la Hipertensión Arterial. (Cooper, 1990). Sin embargo esta tendencia es menos pronunciada en personas que mantienen un estilo de vida saludable.
- Sexo: en general los hombres sufren más de HTA que las mujeres, pero a medida que envejecen esto se tiende a nivelar (Cooper, 1990).
- Características genéticas: hay un definitivo e importante componente genético en la hipertensión del adulto. Un número importante de personas nace con una tendencia hacia la presión alta y no se puede eliminar esa propensión (Cooper, 1990).
- Raza: mayor incidencia en negros y latinos. (Cooper, 1990).

1.4.2. Modificables

- Exceso de ingesta de sal y sodio: aproximadamente la mitad de los hipertensos son sensibles a la sal y su PA aumenta cuando se consumen excesivamente el sodio, contenido generalmente en la sal.

- Los alimentos ricos en grasas saturadas: un estudio de 1989 del American Heart Association's Council for High Blood Pressure Research, mostró una clara relación entre los lípidos (colesterol y triglicéridos) y la hipertensión (Cooper, 1990).
- El sobrepeso y la obesidad: cuando el peso de las personas sobrepasa al 15 o 20 % por encima de su peso ideal tiene un mayor riesgo de HTA. Según el estudio Framingham Heart (Cooper, 1990), estas personas tienen ocho veces más probabilidades de llegar a ser hipertensos. Un estudio de JAMA (Journal of the American Medical Association, 1987) reveló que la obesidad corporal superior, abdomen y pecho, a menudo conlleva a mayor riesgo de hipertensión que la obesidad en la parte inferior de caderas y muslos.
- Sedentarismo: hay una verdad generalmente aceptada sobre la hipertensión y es que con una mayor forma física, menor probabilidad de sufrir hipertensión. Estudios como los publicados en American Journal of Epidemiology, sustentan este concepto (Cooper, 1990).
- Alcohol: investigaciones sobre grandes bebedores han revelado que el 80 % de pacientes con una PA elevada, cuando entran en un programa de rehabilitación de alcohólicos, consiguen una PA normal entre treinta y sesenta días después de haber parado de beber. (Cooper 1990),
- Tabaco (activo y pasivo): igual que la cafeína pueden aumentar temporalmente los niveles de PA. (Cooper 1990).

- Estrés: la relación del estrés con la HTA se da de la siguiente manera: “cuando experimentamos estrés el sistema nervioso simpático, automáticamente incrementa la producción de epinefrina, esto produce entre otras cosas, la respuesta ataque defensa, aumenta la frecuencia cardiaca y respiratoria, además se provoca la constricción de los vasos sanguíneos y eso eleva la PA” (Cooper, 1990). Algunos expertos sugieren que la continua exposición a la epinefrina puede provocar hipertensión permanente en algunas personas.

El estrés tiende a hacer que la presión arterial aumente temporalmente, pero, por lo general, retorna a la normalidad una vez que ha desaparecido. Esto explica la “hipertensión de bata blanca”, en la que el estrés causado por una visita al consultorio del médico hace que la presión arterial suba lo suficiente como para que se haga el diagnóstico de hipertensión en alguien que, en otros momentos, tendría una presión arterial normal. Se cree que en las personas propensas, estos breves aumentos en la presión arterial causan lesiones que, finalmente, provocan una hipertensión arterial permanente, incluso cuando el estrés desaparece. Sin embargo, esta teoría de que los aumentos transitorios de la presión arterial puedan dar lugar a una presión elevada de forma permanente, no ha sido demostrada. (El Manual Merck, 1994).

Los resultados del estudio Pickering (Cooper, 1990.) sugirieron que el aumento en la PA puede producirse como respuesta condicionada, ajena a cualquier sentimiento particular de ansiedad, es decir que el paciente puede sentirse nervioso en la primera o segunda cita, y esto se refleja en su PA. Dicha

ansiedad puede disiparse posteriormente. Sin embargo, el paciente puede asumir que se supone debe tener hipertensión cuando el médico lo examina, con lo que será una lectura alta lo que el médico encontrará.

El Dr. Norman Kaplan en su artículo para el *American Journal of Cardiology* (Cooper 1990), señala:

“Las investigaciones médicas han mostrado que aquellos pacientes con hipertensión de bata blanca, tienden a presentar mayor riesgo de padecer una hipertensión permanente o una enfermedad cardiovascular”.

Para controlar este fenómeno es importante que el paciente se estire unos 10 minutos antes de la medida de la PA, practique algunos ejercicios de respiración, se tome la medida en su casa o que las tome otra persona que no sea el médico.

Diferentes estudios han señalado la baja incidencia de hipertensión arterial en las comunidades primitivas, en cuyos miembros, al ser transplantados a otras más avanzadas, se incrementa la presión arterial. En ello pudieran influir varios factores, pero parecería importante el neurógeno (Chávez, 1984).

1.5. Tratamiento

En la aparición de la Hipertensión Arterial podemos encontrar factores genéticos, y aspectos relacionados al estilos de vida por lo que generalmente el abordaje de la enfermedad requiere un tratamiento tanto farmacológico como modificaciones en el estilo de vida. Además, para muchas personas un acercamiento inicial al tratamiento no

ansiedad puede disiparse posteriormente. Sin embargo, el paciente puede asumir que se supone debe tener hipertensión cuando el médico lo examina, con lo que será una lectura alta lo que el médico encontrará.

El Dr. Norman Kaplan en su artículo para el *American Journal of Cardiology* (Cooper 1990), señala:

“Las investigaciones médicas han mostrado que aquellos pacientes con hipertensión de bata blanca, tienden a presentar mayor riesgo de padecer una hipertensión permanente o una enfermedad cardiovascular”.

Para controlar este fenómeno es importante que el paciente se estire unos 10 minutos antes de la medida de la PA, practique algunos ejercicios de respiración, se tome la medida en su casa o que las tome otra persona que no sea el médico.

Diferentes estudios han señalado la baja incidencia de hipertensión arterial en las comunidades primitivas, en cuyos miembros, al ser transplantados a otras más avanzadas, se incrementa la presión arterial. En ello pudieran influir varios factores, pero parecería importante el neurógeno (Chávez, 1984).

1.5. Tratamiento

En la aparición de la Hipertensión Arterial podemos encontrar factores genéticos, y aspectos relacionados al estilos de vida por lo que generalmente el abordaje de la enfermedad requiere un tratamiento tanto farmacológico como modificaciones en el estilo de vida. Además, para muchas personas un acercamiento inicial al tratamiento no

tiene que volver su vida al revés (Cooper, 1990). La enfermedad y las exigencias de la vida moderna plantean a los hipertensos la posibilidad de que se aboquen a los dos tipos de tratamiento, sin fármacos y con medicación.

La primera intervención en la pre-hipertensión supone generalmente un tratamiento no farmacológico, incluyendo ejercicio, dieta y reducción del estrés, que han demostrado disminuciones significativas de los niveles de PA. Es importante aclarar que en el caso de la Hipertensión controlada farmacológicamente, el abordaje no farmacológico no deja de ser útil y diversos estudios apoyan el hecho de que hay mejores resultados cuando se aborda en conjunto (Cooper, 1990).

Los modelos conductuales sugieren que las terapias prescritas por la mayoría de los médicos controlarán la HTA sólo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y estableciendo y manteniendo un estilo de vida saludable. (Barrier y Jensen, 2003). La efectividad en la terapia prescrita por los médicos, sólo controlará la presión arterial, si los pacientes están motivados. La motivación mejora cuando los pacientes tienen experiencias positivas y confían en su médico. La empatía construye la confianza y es un potente motivador.

El Séptimo Informe de la Junta del Comité Nacional de Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión (JNC-7º Informe, 2003), dice que:

“La no adherencia, de los pacientes, a la terapia se incrementa por desconocimiento de las condiciones del tratamiento, por negación de la enfermedad, por desconocimiento de los síntomas

o percepción de los fármacos como símbolos de salud-enfermedad, por falta de implicación del paciente en el plan de atención o por expectativas adversas sobre los efectos de la medicación”.

La Hipertensión esencial es un problema crónico, por lo que es muy recomendable la participación de un psicólogo en el tratamiento, ya sea para coadyuvar en la adherencia terapéutica o el afrontamiento del individuo, además del tratamiento conductual (Reynoso y Seligson, 2005).

Es evidente la influencia que ejercen los factores psicológicos en el curso e inicio de la hipertensión arterial. Factores como la presencia de estresores ambientales, las estrategias de afrontamiento, las conductas relacionadas con la salud, las características personales y los modos de reacción al estrés han demostrado ser de especial relevancia en este sentido. (Belloch et al, 1997).

2. Clasificación diagnóstica del trastorno

2.1. Trastorno Psicósomático

Es mucho lo que se ha hablado sobre la influencia de los factores psicológicos en la historia de una enfermedad médica, los conceptos han variado significativamente en el transcurso de los años, y junto con el tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, se ha reconocido la influencia de los factores psicológicos en la etiología, curso y evolución de éstas y otras muchas enfermedades (Sandín, en Belloch y otros, 1997). Los factores como la

presencia de estresores ambientales, las estrategias de afrontamiento, las conductas relacionadas con la salud, las características personales y los modos de reacción al estrés han demostrado ser de especial relevancia en este sentido.

Algunos postulados de la medicina psicosomática sostienen que ella consiste, en un acercamiento psicológico a la medicina tradicional y a todas sus sub-especialidades, se interesa además por las interrelaciones entre la vida emocional y los procesos corporales. Sustenta la premisa de que no existe diferencia lógica entre la mente y el cuerpo y busca investigar la correlación entre los procesos psicológicos y los fisiológicos, en las personas.

La medicina psicosomática está interesada principalmente en la interacción entre variables fisiológicas y psicosociales en la enfermedad, es decir, las emociones y la enfermedad así como su etiología, obviamente haciendo uso del modelo médico, lo cual enfatiza un modelo biopsicosocial (Reynoso y Seligson, 2005).

Otra aproximación muy valiosa a lo que estudiamos nos lo da la Psicología Clínica de la Salud que es definida como: “el agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la identificación de correlatos etiológicos y de diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones” (Reynoso y Seligson, 2005). La psicología clínica de la salud tiene que ver con la aplicación del conocimiento y métodos de los campos sustantivos de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud física y mental del individuo, además de la prevención,

evaluación y tratamiento de todas las formas de problemas físicos y mentales en los cuales la influencia psicológica contribuya para aliviar el estrés o la disfunción (Reynoso y Seligson, 2005).

Una perspectiva muy actual que explica los trastornos psicosomáticos es la que plantea que estos son un fenómeno multifactorial (Lazarus y Folkman, 1984), haciendo énfasis en la intervención estímulo-cognición- emoción y en sus implicaciones sobre una nueva concepción de la conexión entre el estrés y la enfermedad, matizándose la particular relevancia que pueden jugar los procesos cognitivos (por ejemplo, valoración de la situación estresora). No consideran al estrés como algo focalizado en la situación o en la respuesta, sino como un proceso de interacción entre el individuo (valoración, afrontamiento, respuesta) y la situación.

2.2. Factores psicológicos que afectan al estado físico.

Podemos encontrar referencia de los Trastornos Psicosomático cuando se refiere a aquellas influencias ejercidas por factores psicológicos en una enfermedad médica, en el DSM-IV TR los define como factores Psicológicos que afectan al Estado Físico o condición Médica (DSM-IV-TR, 2001) y en el CIE 10 aparece como factores Psicológicos y del Comportamiento en Trastornos o Enfermedades Clasificados en otro lugar.

Es importante aclarar en este punto, que cualquier enfermedad médica, puede estar relacionada con Factores Psicológicos, sin embargo se reconocen ciertas enfermedades médicas en el DSM-IV-TR, ya sea porque hay más evidencia o por la magnitud o prevalencia de estas enfermedades en la población en general. Entre ellas están los Factores Psicológicos asociados a Trastornos Cardiovasculares, en particular los relacionados a la Hipertensión Arterial.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2001), explica las características diagnósticas de la siguiente manera:

“Presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento específicos que afectan de un modo adverso al estado médico general. Las formas en que estos factores pueden afectar negativamente al estado físico son variadas: pueden influir en el curso de la enfermedad o pueden interferir en su tratamiento. Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud del individuo o precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad al provocar respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés”.

Los criterios diagnósticos que se especifican en el DSM-IV-TR son los siguientes:

- A. Presencia de una enfermedad médica (codificada en el Eje III)
- B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:
 - (1) Los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación.

- (2) Los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica.
- (3) Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona.
- (4) Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica.

Es importante demostrar los efectos clínicos que ejercen los problemas psicológicos en el curso o la evolución de la enfermedad o pueden poner a las personas en riesgo significativo en la evolución negativa de la enfermedad. Los factores psicológicos y del comportamiento pueden afectar el curso de casi todas las categorías mayores de enfermedad, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, dermatológicas, endocrinológicas, gastrointestinales, pulmonares, entre otras (DSM-IV-TR, 2001).

Un punto importante a identificar en los pacientes hipertensos es el grado en que su estilo de vida, dieta, antecedentes familiares y sus modelos de afrontamiento de situaciones estresantes pueden influir en la evolución de su enfermedad. (Cooper, 1990).

2.3. Factores psicológicos asociados a la Hipertensión Arterial

2.3.1. Estrés

Unos de los factores psicológicos asociados con la hipertensión arterial que más se relacionan, es el estrés psicosocial. Diversos estudios asocian los trastornos hipertensivos con las experiencias vitales que influyen negativamente en la salud del individuo (Belloch et al, 1997). Aunque este enfoque de los sucesos vitales deja abiertas muchas interrogantes no deja de ser una aproximación válida al problema.

Algunas de las explicaciones más conocidas del estrés son las que se centran en el componente externo o estresor, en el interno o respuesta fisiológica y las más recientes que enfatizan la importancia de la interacción, es decir, los que tienen que ver con la mediación entre los agentes estresantes y la respuesta fisiológica.

En las teorías explicativas del estrés basadas en la interacción, (Lazarus en Belloch y otros 1995), nos dicen que a través del modelo transaccional que tiende a maximizar la relevancia de los factores psicológicos, básicamente cognitivos, que median entre los estímulos, estresores o estresantes, y las respuestas de estrés. Estas explicaciones que le dan gran importancia a la interacción de los factores psicológicos se refieren básicamente al componente cognitivo que media entre el estímulo (situación estresante) y la respuesta de estrés. La perspectiva interaccional especifica que el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno. (Belloch y otros, 1997). Es así como Lazarus y Folkman definen el estrés como:

“Un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación siendo esta valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal”(Lazarus, y Folkman,).

Uno puede llegar al estrés o la ansiedad, por ejemplo, diciéndose cosas a sí mismo, una persona necesita atribuir su activación fisiológica a la emoción de miedo y necesita interpretar algo de su ambiente como un peligro relacionado con ello. La emoción depende del pensamiento. El pensamiento precede a la emoción. Si podemos cambiar las atribuciones e interpretaciones, también cambiaremos las emociones de temor. (Mc Kay, 1985).

El estrés puede causar síntomas físicos aunque no exista enfermedad orgánica. El cuerpo responde fisiológicamente al estrés emocional. Por ejemplo, el estrés puede causar ansiedad, que a su vez activa el sistema nervioso autónomo y las hormonas, como la adrenalina, aumentan el ritmo cardíaco, la presión arterial y la cantidad de sudor. El estrés también puede causar tensión muscular, que producirá dolores en el cuello, la espalda, la cabeza o en otros lugares. La alteración emocional que desencadenó los síntomas puede ser pasada por alto si tanto el paciente como el médico asumen que éstos eran causados por una enfermedad orgánica. (El Manual Merck, 1994).

Si tomamos en cuenta los planteamientos de Lazarus sobre la relación del estrés y las enfermedades cuando nos dice que: “...esto no significa que el estrés, la emoción y el manejo, que son producto de las luchas adaptativas de la vida, sean la única ni principal causa de la salud y la enfermedad”. (Lazarus, 1982). En el caso de la hipertensión arterial hay otros factores biológicos, genéticos y malos hábitos de salud, que agravan la condición de salud y provocan un desmejoramiento general del padecimiento.

La tendencia, al hablar del estrés y la salud, es a ver el estatus de salud (física o psicológica) como una consecuencia del tipo de afrontamiento que se da al estrés, un afrontamiento inadecuado puede ser dañino para la salud.

Cuando hablamos del estrés como factor en el curso de la hipertensión, no podemos olvidar el modelo biológico (Cooper, 1990). Cuando experimentamos estrés el sistema nervioso simpático automáticamente incrementa la producción de varias secreciones incluyendo la hormona epinefrina o adrenalina, de la glándula suprarrenal. La epinefrina produce lo que se denomina respuesta de ataque-defensa al estrés. Esto implica determinados cambios físicos, como un incremento de la frecuencia cardíaca y un aumento de la respiración. Además, esta hormona provoca la constricción de los vasos sanguíneos y hace elevar la presión arterial. Desafortunadamente, no termina allí el trabajo de la epinefrina, sino que continúa manteniendo niveles altos de presión arterial después de producir la relación inicial. Una hora después se mantienen lecturas elevadas dentro del promedio de hipertensión. Los expertos consideran que la continua exposición a la epinefrina puede provocar hipertensión permanente en algunas personas. Es por esto que el Dr. Herbert Benson, cardiólogo de Harvard, utiliza técnicas de relajación para disminuir la presión arterial con considerable éxito (Cooper, 1990).

A pesar de las múltiples investigaciones realizadas, todavía se trabaja para entender el vínculo entre el estrés y la hipertensión, las investigaciones presentes señalan que hay una conexión definitiva. Por ello el estrés es visto ahora como un factor de riesgo definitivo para esta enfermedad.

2.3.2. La Ansiedad

Una persona que padece una enfermedad crónica, puede experimentar ansiedad ante muchas situaciones, la duda ante su futura condición de salud, el temor a la muerte o a una enfermedad más grave como las enfermedades cardíacas, es decir que la enfermedad se contempla como una amenaza a la existencia del individuo.

Se define ansiedad como:

“Un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañadas de actuaciones del sistema nervioso autónomo” (Belloch y otros, 1995).

Aunque en algunos casos la simple visita al médico puede suscitar estado emocional tales como: las respuestas ansiosas con una consecuencia directa en una elevación de la Presión Arterial, estos síntomas suelen ser muy transitorios y al momento de realizar evaluaciones a través de parámetros específicos no suelen ser muy significativos.

Spielberger, Pollans y Worden definen el estado de ansiedad como una “reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación y descarga del sistema nervioso autónomo” (Belloch y otros, 1995). No podemos dejar de mencionar el carácter anticipatorio que tiene la respuesta ansiosa, es decir que anticipa el peligro o la amenaza para el individuo. Si lo vemos así, la respuesta de ansiedad juega un papel importante para la adaptación del individuo, sin embargo cuando la respuesta ansiosa se anticipa frente a un peligro irreal, puede producir respuestas desproporcionadas ante situaciones irreales. Ante este hecho la

ansiedad puede ser vista como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa.

La ansiedad tiene tres componentes fundamentales:

- **Subjetivo-cognitivo:** se relaciona con las experiencias internas. En ella se incluyen una amplia gama de variables relacionadas con las percepciones y evaluaciones que hace la persona sobre sus experiencias y las que asocia con la ansiedad.
- **Fisiológicas-somáticas:** la respuesta ansiosa se acompaña de un componente biológico. Entre los cambios más comunes de la respuesta ansiosa está sudoración, dilatación de la pupila, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aumento del ritmo respiratorio y agitación, entre otros.
- **Motor-conductual:** son los comportamientos observables como la expresión facial, movimientos y posturas corporales, repuestas de escape y evitación.

Los sucesos no tienen un contenido emocional por sí mismos. Pero las personas tienen una enorme necesidad de ordenar su mundo, de insertar los datos nuevos en la categoría apropiada, de la etiqueta elegida, para dar respuesta a nuestros interrogantes, es la fuente de la emoción. (Mc Kay, et al, 1985)

2.3.3. Estilos de vida

Los estilos de vida pueden afectar tanto a la salud como a la enfermedad, desde el tabaquismo, los excesos en la bebida o la dieta inadecuada, hasta las prácticas deficientes de higiene, pueden interferir en la condición de salud (Simon, 1993).

Estas conductas a menudo están enraizadas en valores culturales o necesidades y expectativas personales y son difíciles de cambiar. Otro problema relevante es la respuesta de las personas ante el conocimiento de que padecen una enfermedad crónica. En ocasiones no lo quieren reconocer y desoyen las recomendaciones médicas sobre los cambios a realizar en su estilo de vida.

A través de datos epidemiológicos realizados en estudios longitudinales que buscaban los posibles factores causales en las enfermedades cardiovasculares, descubrieron que, al margen de problemas cardiovasculares congénitos, existían variables referidas a los hábitos de salud que, en mayor o menor medida, favorecían su aparición. (García Huete, en Simon, 1993).

Factores de riesgo como dieta, hábitos de ejercicio, consumo de alcohol y tabaco, han mostrado tener una relación significativa con la hipertensión arterial, que es uno de los factores importantes de riesgo de enfermedad cardiovascular. Y en este sentido una de las funciones del psicólogo dentro de un equipo de salud es intervenir en los comportamientos que propician los factores de riesgo. Los estudios realizados en esta línea indican que cuando se interviene con tratamientos psicológicos los resultados son más favorables que cuando no se utilizan éstos; además, si las acciones han sido adecuadas, los resultados se mantienen en seguimiento de 18 meses. La Hipertensión Arterial depende de variables comportamentales, existiendo programas que han probado ser eficaces y que permiten, a su vez, prevenir alteraciones mayores, como el infarto o la angina de pecho (Donker, en Simon, 1993). Las técnicas más utilizadas van desde

estrategias de reducción de la ansiedad, técnicas cognitivas de autocontrol y enfrentamiento de situaciones temidas.

3. Estrés y Emoción, Teorías de Lazarus sobre el Manejo e Implicaciones para la Salud.

La esencia del estrés, la emoción y la adaptación depende de los significados y valores y estos se encuentran en el núcleo de la vida humana. Lazarus afirma que tanto el estrés como las emociones dependen del proceso de valoración, que está relacionado con el modo en que diversas personas elaboran el significado de su bienestar ante lo que está sucediendo y sobre todo lo que puede hacerse al respecto.

3.1. Interacción.

Para comprender mejor los mecanismos en que se pueden relacionar las enfermedades físicas con el estrés y las emociones tenemos que partir del concepto de interacción que afirma: dos variables interactúan para influir en una tercera, y no sólo el medio afecta a la persona, sino que la persona también influye en el medio. Sin embargo, aunque la interacción es importante, el significado que la persona elabora a partir de las relaciones con el medio, opera a un nivel más elevado de abstracción que las mismas

variables concretas. Es decir, que para que se dé cierto comportamiento, existe un proceso en que la mente contempla la interacción de ambas variables, considera las condiciones ambientales como los inherentes a la persona y realiza una valoración del hecho.

La persona y el medio interactúan, pero es la persona quien valora la situación buscando el bienestar personal. Para distinguir este significado relacional de la interacción se utiliza el término transacción. Este término añade la connotación personal de lo que está sucediendo, al hecho percibido. En cambio, la valoración se refiere al proceso evaluador mediante el cual se elabora el significado relacional.

Hay que hacer la distinción entre los hábitos y estilos de vida que son adquiridos mediante el aprendizaje y permanecen más o menos estables a lo largo del tiempo y algunos toda la vida. Ellos influyen en nuestras decisiones y modelan nuestros pensamientos, emociones y acciones. En cambio la valoración y el manejo no son tan estables.

3.2. Estrés

El estrés psicológico no sólo se halla en el entorno, ni es consecuencia exclusiva de las características de la personalidad, sino que depende de un tipo particular de relación persona – medio.

Si hay estrés, están presentes las emociones y aunque no en todos los casos, pero si muchas veces, también existe relación entre la emoción y el estrés. En la actualidad se

reconoce la importancia de las emociones para nuestro bienestar psicológico y físico y para el funcionamiento social. No podemos tratar el estrés y la emoción como si fueran campos diferentes sin perjudicar a ambos. Existe más convergencia que divergencias en el modo en que estos estados mentales se activan, se manejan y el modo en que afectan al bienestar psicológico, al funcionamiento y a la salud (Lazarus, 2000).

3.3. El manejo

El manejo es parte fundamental del proceso de activación emocional. El juicio del significado de lo que está sucediendo conlleva siempre la evaluación de lo que pueda hacerse al respecto, lo que determina si reaccionamos de una forma u otra.

Cuando estudiamos el papel de las diferencias individuales relacionadas con el estrés lo importante es entender que la activación de la respuesta de estrés es el significado elaborado por una persona ante lo que le está sucediendo. El significado psicológico que elabora una persona sobre un suceso ambiental es la causa de la reacción de estrés y de las emociones que producen.

3.4. Variables ambientales que influyen sobre el estrés:

3.4.1 Demanda: presiones explícitas o implícitas del medio social para actuar de cierta forma y ser socialmente correcto.

3.4.2. Limitaciones: es lo que la persona no debería hacer, que puede ser seguido de un castigo si es violada.

3.4.3. Oportunidad: depende del tiempo oportuno y de la sabiduría para reconocer dicho momento.

3.5. Variables personales que influyen sobre el estrés:

3.5.1. Objetivos y jerarquías de objetivos: las emociones son el resultado del modo en que valoramos o evaluamos el destino de los propios objetivos en las transacciones adaptativas y en la vida en general.

3.5.2. Creencias sobre el Self y sobre el mundo: es el modo en que nos concebimos a nosotros mismos y el lugar que ocupamos en el medio.

3.6. Recursos personales

Influyen en lo que somos capaces e incapaces de hacer mientras buscamos la gratificación de las necesidades, el logro de objetivos y el manejo del estrés producido por las demandas, las limitaciones y las oportunidades.

3.7. La Valoración

Para Lazarus el estrés se define en términos de “procesos psicológicos internos que podrían variar de un individuo a otro y que determinan la definición del sujeto de la situación” (Lazarus 2000). Con esta definición podemos observar la

importancia que se le da a la definición que le da el sujeto a la situación, es así como la valoración se convierte en la pieza clave de la teoría sobre el estrés psicológico de Lazarus. (Lazarus, 1982).

Según Lazarus existen dos actos de valoración:

- 3.7.1. Acto primario de valoración: señala si lo que sucede es relevante para los propios valores, compromisos relativos a los objetivos, creencias sobre el self y el mundo. En este primer acto lo importante es si existe algo que juega un papel de relativa importancia adaptativa en juego para activar la reacción de estrés.
- 3.7.2. Acto secundario de valoración: se refiere al proceso cognitivo-evaluador que se centra en lo que puede hacer la persona sobre la relación estresante persona-medio, especialmente cuando se ha producido una valoración primaria de daño, amenaza o desafío. Esta evaluación no es otra cosa que una evaluación de lo que se puede hacer ante tal situación, es importante reconocer que no es el acto, es solo el substrato cognitivo del manejo.

3.8. El manejo:

Se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que son estresantes (Lazarus, 2000). Desde la perspectiva de Lazarus el estrés y el manejo son recíprocos. Esto lo explica diciendo que cuando el manejo no es

efectivo, el estrés es alto, cuando el manejo es efectivo, el estrés puede bajar. Aunque este punto puede ser discutible, lo que si es cierto es que el manejo es una característica fundamental del estrés. Lazarus y Folkman definen el manejo como: “los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas internas y/o recursos de las personas” (Lazarus y Folkman, 1984).

Se ha establecido que no existe una estrategia de manejo generalmente infalible o inefectiva, más bien dependen de las personas y un principio clave es que la selección de una estrategia de manejo variará normalmente en razón de la importancia adaptativa y los requerimientos de cada amenaza.

3.9. Estrés y Salud:

El vínculo que pueda existir entre estas dos variables, cobra mayor importancia debido a que la expectativa de vida es cada vez mayor y a medida que envejecemos las enfermedades crónicas como el cáncer o enfermedades cardiovasculares, infecciosas o agudas acaban matando a la mayoría de las personas.

Si bien la relación entre el estrés y la salud ha sido motivo de amplias discusiones, la bibliografía no refiere pruebas claras de que el estrés incida directamente en la salud de las personas. Lo que significa que el estrés, la emoción y su manejo, que son el producto de las luchas adaptativas de la vida, no son la única ni principal causa de la salud y la enfermedad.

Poco se ha logrado para determinar si el estrés genera enfermedad como resultado de un mecanismo general o, si algunas enfermedades particulares están vinculadas a procesos psicosomáticos específicos. La postulación más reconocida es que el estrés de cualquier tipo aumenta la susceptibilidad a todas las enfermedades. Si es así, entonces pueden existir sistemas orgánicos más vulnerables, generando el estrés algunos síntomas vinculados a vulnerabilidad existentes en diferentes personas.

Existen diferentes formas en que el estrés, las emociones y su manejo pueden afectar la salud (Lazarus, y Folkman, 1984):

- El estrés y el manejo afectan la salud alterando la neuroquímica del organismo.
- El estrés y el manejo afectan la salud generando transacciones peligrosas y perjudiciales con las condiciones ambientales.
- Así se genera la posibilidad de que no se logre regular la angustia emocional con sus efectos somáticos. Adoptamos un estilo de vida que conlleva formas de manejo del estrés físicamente perjudiciales como el tabaquismo y el abuso de alcohol

Estas vías alternativas hacia la enfermedad aumentan, bajo situaciones de estrés, las posibilidades de trastornos corporales recurrentes o sistemáticos que pueden conducir a daño de tejido y arriesgar nuestra salud con actos volitivos imprudentes.

CAPÍTULO II. TRATAMIENTO

1. Psicología Clínica de la Salud y sus Métodos.

La Psicología Clínica de la Salud se encarga de la aplicación del conocimiento y métodos de los campos sustantivos de la Psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud física y mental del individuo, además de la prevención, evaluación y tratamiento de todas las formas de problemas físicos y mentales en los cuales la influencia psicológica contribuya para aliviar el estrés o la disfunción. (Reynoso y Seligson, 2005).

Desde esta perspectiva, el tratamiento debe estar encaminado a identificar las conductas que disminuyan el riesgo de que se presente la enfermedad y favorecer las que propicien el cambio en la conducta inapropiada de los individuos, a fin de que éstos lleguen a modificar sus estilos de vidas y a ser más sanos.

El manejo de las enfermedades crónicas es un gran reto para la Psicología Clínica de la Salud, pero debe brindar una intervención que minimice las complicaciones de una enfermedad establecida y dirigir esfuerzos a rehabilitar y ser capaz de impedir un mayor deterioro después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento (Reynoso y Seligson, 2005).

2. Modelo de Intervención.

Existen diferentes formas de aproximaciones al tratamiento de un paciente hipertenso, y estas aproximaciones dependen de diferentes factores como el tiempo de evolución, las condiciones generales del paciente, las indicaciones médicas y la evaluación que se realice de cada paciente (Reynoso y Seligson, 2005) .

En la intervención integral que se realice al paciente es importante que éste se adhiera a un tratamiento farmacológico, deberá tomar los medicamentos diuréticos e hipertensores que se les prescriban. Además, es preciso que siga un régimen dietético, baje de peso, y realice ejercicios diariamente, es decir adoptar un mejor estilo de vida. Es precisamente en este punto, cuando el paciente no puede adscribirse adecuadamente a su condición de salud o a los cambios en su estilo de vida, cuando una intervención psicológica juega un papel tan significativo. Como vimos en el capítulo anterior, el estrés juega un papel importante en la hipertensión, es por ello que se hace indispensable en cualquier abordaje terapéutico el manejo que se dé, de este.

3. Modelo de Intervención Cognitivo – Conductual.

Las terapias cognitivas se basan en el supuesto de que las cogniciones falsas subyacen en los problemas emocionales de conducta, e intenta modificarlas usando técnicas cognitivo conductuales. El proceso requiere algunos pasos:

- El primer paso en el proceso de cambio involucra el entrenamiento al paciente para observar sus propias conductas.
- Luego pasamos a la traslación. El terapeuta responde selectivamente a los enunciados declarativos del paciente, hace preguntas, se dejan tareas, se dan explicaciones, se alienta al paciente a reconstruir los problemas discutidos. El terapeuta enseña al paciente sus propios constructos y éste progresivamente empieza a interpretar eventos y experiencias en términos de los constructos teóricos aprendidos.
- Las tareas de la siguiente fase consisten en consolidar los cambios, promover la generalización y encontrar fundamentos para mantenerlos.

La psicoterapia induce cambios en la conducta, en las condiciones autorreguladoras y en las estructuras cognitivas. Los pacientes aprenden a interpretar las cosas de forma distinta, aprenden a verse de manera diferente y modifican su comportamiento, de tal forma que encuentran más posibilidades a sus problemas. Otro aspecto, que estos pacientes aprenden, es a utilizar sus pensamientos e imaginaciones para de esta manera regular formas efectivas de afrontamiento (Meichenbaum y Cameron, en Reynoso y Seligson, 2005).

4. Estrategias de Intervención en la Terapia Cognitivo Conductual:

El tratamiento consta de diferentes módulos dirigidos hacia un área específica, a continuación presentamos algunas de las técnicas que se utilizarán en el tratamiento:

4.1. Relajación

El entrenamiento en relajación es una de las técnicas más utilizadas en cualquier enfermedad médica que tenga implicaciones psicológicas como el manejo de cáncer, diabetes, hipertensión, entre otras. Como ejercicios de relajación podemos encontrar ejemplos en la respiración diafragmática o respiración profunda, relajación muscular profunda y el entrenamiento autógeno en relajación (Schultz y Luthe, en Reynoso y Seligson, 2005). En el cual se entrena al paciente para crear estados de relajación profunda, mediante generar autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo, relacionándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad, paz calor, calma, etc.

4.2. Reestructuración Cognitiva

Esta técnica se centra en el reconocimiento por parte del paciente de su malestar y que logre evaluar de forma lógica sus conductas, buscando luego alternativas adaptativas ante las diversas situaciones. En general se busca que los pacientes cambien sus cogniciones erradas o irracionales por formas más sanas de afrontamiento ante las diversas situaciones que los angustian (Mahoney, 1978).

Los trastornos psicológicos se derivan de las creencias irracionales y la salud psicológica, estaría relacionada con las creencias racionales. Estas creencias facilitarían

la consecución de las metas personales, aunque no siempre, y al no producirse, disminuirían su impacto sobre el sujeto. Es por tanto importante, que los pacientes logren modificar sus distorsiones cognitivas con el fin de mejorar las condiciones de salud psicológica y física (Ruiz y Cano, 1992).

Lo que se busca es fomentar el cambio en las creencias de los pacientes para concebirlas como hipótesis probables que se pueden examinar por medio de experimentos conductuales acordados de forma conjunta entre el paciente y el terapeuta. (Engler, 1996).

En el caso de los pacientes que padecen síntomas ansiosos, los síntomas se dan en el ámbito fisiológico, psicológico y conductual. Un programa completo para la recuperación debe abarcar los tres ámbitos: reducir las respuestas fisiológicas, eliminar la conducta de evitación y cambiar las interpretaciones subjetivas que perpetúan el estado ansioso. Este modelo cognitivo conductual modifica las interpretaciones subjetivas (creencias), causa la modificación de la respuesta fisiológica y ayuda al cambio de las conductas evitativas.

Para lograr cambios significativos en las cogniciones de los pacientes en terapia se inicia explicándoles el modelo A-B-C, que se encuentra detrás de la terapia racional emotiva, este modelo sostiene que cuando tenemos una consecuencia emocional muy fuerte o cargada (C) que sigue a un evento de activación significativo (A) es probable que se piense que A causa C, pero esto no es cierto. Lo que realmente sucede es que las consecuencias emocionales son creadas en gran medida por el sistema de creencias del paciente (B). De esta forma cuando se da una consecuencia emocional indeseable se

puede entrenar a los pacientes para que identifiquen en sus sistemas de creencias el pensamiento irracional que realmente provocó las consecuencias emocionales y conductuales. En este punto se desafía dichas creencias irracionales por medio del debate y se logra entonces minimizar y disminuir en gran medida las consecuencias.

4.3. Técnicas de Afrontamiento

Al hablar sobre las técnicas de afrontamiento nos referimos a la forma como el paciente maneja o enfrenta las condiciones vitales que se le presentan y que les pueden producir estrés o ansiedad.

El manejo es una característica esencial del estrés y de cualquier reacción emocional que se presente en una persona (Lazarus, 2000). Se definen como un proceso en los siguientes términos:

“Definimos el manejo como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de las personas” (Lazarus y Folkman en Lazarus, 2000).

En la terapia, el terapeuta guía al paciente a identificar su estilo de afrontamiento, en relación a las situaciones que enfrenta y evaluarlos en términos de los resultados que obtiene de ellos. Luego se le ofrece alternativas sanas de afrontamiento como son las técnicas de resolución de problemas y el entrenamiento en asertividad.

4.4. Resolución de Problemas

Existen muchos malestares producto de la incapacidad para resolver problemas cotidianos. Cuando se han utilizado ciertas técnicas de afrontamiento y éstas han fallado las personas se sienten frustradas e incapacitadas para generar nuevas soluciones y la ansiedad que surge de estas situaciones puede llegar a ser paralizante. En estos casos se sugiere una estrategia para solucionar problemas, que busca que el paciente identifique y resuelva problemas cotidianos que le están provocando respuestas no apropiadas (D'Zurilla y Godfried, en Reynoso y Seligson, 2005). El modelo lleva a los pacientes en primer lugar a identificar y definir el problema, se define de forma completa y se intenta poner una meta realista en cuanto a su resolución evaluando si ese es el problema real. Luego se generan posibles soluciones, se puede utilizar la técnica de "lluvia de ideas", en la cual se motiva al paciente a generar la mayor cantidad de alternativas posibles, sin juzgar su validez. Una vez completada esta fase se empiezan a valorar las alternativas, en función de las consecuencias positivas y negativas que acarrearían cada una de las posibles alternativas, se les puede asignar un puntaje de 0 a 5. La toma de decisión se da valorando los resultados más factibles para cada una de las alternativas seleccionadas. Finalmente se construye la solución para el problema, el terapeuta debe entrenar a los pacientes en cada paso del proceso de la solución del problema (Reynoso y Seligson, 2005).

4.5. Entrenamiento en Asertividad

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y sincera de los sentimientos, en otras palabras el entrenamiento asertivo es un procedimiento terapéutico que busca incrementar la capacidad del paciente para adoptar ese comportamiento de forma socialmente apropiada (Reynoso y Seligson, 2005). Lo que se busca es que el paciente sea capaz de expresar sus sentimientos negativos como el odio y el resentimiento de igual forma que expresa sus sentimientos positivos como el afecto o el elogio. Este comportamiento asertivo beneficiará al paciente, ya que le permitirá comportarse de manera más asertiva generando en él un sentimiento de bienestar.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

1. Enunciado del Problema.

¿ Los síntomas de estrés y ansiedad en pacientes hipertensos disminuyen luego de participar de una terapia Cognitivo Conductual?

¿Habrá diferencia entre un grupo de pacientes hipertensos que participan de la terapia grupal Cognitivo Conductual para disminuir los síntomas de estrés y ansiedad y otro que no recibe el tratamiento?

2. Justificación de la Investigación

La Hipertensión Arterial es uno de los problemas de salud pública de mayor importancia en el mundo entero. Se considera la enfermedad crónica más frecuente en la humanidad, pues está presente en 15-20% de los adultos, de ellos 50% lo sabe y 50% lo ignora (Chávez, 1984).

La HTA es el diagnóstico primario más frecuente en América, 35 millones de visitas en consulta como diagnóstico primario (Chávez, 1984).

Si el control de la hipertensión arterial (HTA) y de otros importantes factores de riesgo no mejora, la carga sanitaria y económica de las enfermedades cardiovasculares, renales y neurológicas consiguientes podría incrementarse sustancialmente en las

próximas décadas debido al envejecimiento de la población y a la alta prevalencia de estos factores de riesgo (Chávez, 1984).

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante de ictus y es también uno de los tres principales factores de riesgo de infarto de miocardio junto con el hábito de fumar y los valores de colesterol elevados. Los tratamientos que hacen descender la presión arterial elevada disminuyen el riesgo de ictus y de insuficiencia cardíaca. Por lo que se hace necesario un abordaje integral que logre una adherencia satisfactoria al tratamiento y por lo tanto, una mejoría clínica, significativa, del paciente (Cooper, 1990).

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

- 3.1.1. Reducir los síntomas de estrés y ansiedad de los pacientes hipertensos por medio de una terapia Cognitivo Conductual.
- 3.1.2. Comparar los efectos de un tratamiento para reducir los síntomas de estrés y ansiedad en pacientes hipertensos entre un grupo experimental y un grupo control, utilizando la terapia Cognitivo Conductual.

3.2. Objetivos Específicos:

- 3.2.1. Aplicar un tratamiento para reducir síntomas de estrés y ansiedad en un grupo de pacientes hipertensos.
- 3.2.2. Mejorar los síntomas de ansiedad y estrés en los pacientes hipertensos, a través de un tratamiento Cognitivo Conductual.

4. Sujetos.

La muestra se seleccionó del total de pacientes que acudieron al Programa de Salud de Adultos de la Policlínica Dr. Miguel Cárdenas de Las Tablas, entre los meses de febrero a junio del 2006 y que estaban dentro de los considerados resistentes, es decir que sus medidas de Presión Arterial no han logrado normalizarse a pesar del tratamiento médico utilizado o no han seguido las recomendaciones médicas para el control de la enfermedad (dieta, cambios en los estilos de vida, otros). Los pacientes fueron asignados al grupo control y experimental, aleatoriamente del total de 20 pacientes que presentaron síntomas de estrés, ansiedad y presentaban dificultades en la adherencia al tratamiento médico, de acuerdo a las tres pruebas utilizadas como instrumentos. Se asignaron 10 personas a cada grupo. Las edades de los pacientes iban de los 33 a los 60 años

5. Diseño de Investigación.

- 5.1. Tipo de Investigación: se realiza un estudio de tipo explicativo, según lo define Sampieri y otros (1991), “el interés se centra en explicar por

qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da o por qué dos o más variables están relacionadas”. En esta investigación se trata de explicar el efecto del tratamiento para reducir la ansiedad y el estrés en un grupo de pacientes hipertensos.

5.2. Diseño: Es una investigación cuasi-experimental, diseño de pre- prueba, post – prueba con grupo control. Se puede diagramar de la siguiente manera:

G ₁	O ₁	X	O ₂
G ₂	O ₃	-	O ₄

En dicho diseño podemos manipular la variable independiente, aunque no es posible el control estricto de la homogeneidad de los grupos. Lo que puede afectar la validez interna y externa de la investigación, ya que no se pueden controlar variables externas que pueden darse en ambos grupos y no son manipuladas por el investigador. Aunque los resultados obtenidos a través de este diseño cuasi-experimental no pueden ser aplicados fuera del contexto del grupo específico en el que se da el estudio, no dejan de ser muy valiosos por la información que brindan. En esta investigación, los sujetos fueron asignados al azar, del total de pacientes evaluados, a los dos grupos como forma de minimizar las amenazas a la validez.

6. Definiciones Conceptuales:

- Ansiedad: “estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorios de peligro o amenaza, acompañadas de actuaciones del sistema nervioso autónomo”. (Belloch y otros. 1997).
- Adaptación y Mejoría Clínica: grado en que los pacientes se adaptan a la enfermedad, efectuando los cambios en su estilo de vida (dieta, peso, alimentación, ejercicio), necesarios para lograr la mejoría en los niveles de presión arterial (C.S.S., 2001).
- Estrés: “es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos debido a la presencia de demandas de tareas, roles interpersonales y físicos y pone en peligro su bienestar”. (Lazarus y Folkman en Lazarus 2000)
- Hábitos de Salud: conductas específicas que cuando se practican de manera regular, conducen al bienestar físico y psicológico (Nowack, 2002).
- Red de apoyo social: es el grado en que la persona siente que hay gente con la que puede contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda además de qué tan satisfecho se siente con dicho apoyo. (Nowack, 2002).
- Fuerza cognitiva: atribuciones, actitudes y creencias que una persona tiene acerca de la vida y trabajo (Nowack, 2002).

- Valoración positiva: comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción del estrés (Nowack, 2002).
- Valoración negativa: auto culpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico (Nowack, 2002).
- Minimización de la amenaza: es una forma de enfrentar las situaciones estresantes con conductas de evitación, mitigando su significado o no extendiéndose en ellos (Nowack, 2002).
- Concentración en el problema: es la inclinación de la persona a hacer intentos activos de cambiar su conducta o los estresores ambientales (Nowack, 2002).
- Bienestar Psicológico: experiencia global de satisfacción y ecuanimidad psicológica (Nowack, 2002).
- Adaptación y Mejoría Clínica: grado de adaptación a la enfermedad y cambios en los estilos de vida que ayudan a la mejoría clínica del paciente en su padecimiento (Nowack, 2002).

7. Definiciones Operacionales

➤ Ansiedad

La corrección e interpretación de esta escala es la siguiente:

PUNTOS	INTERPRETACIÓN
0-5	No ansiedad
6-14	Ansiedad leve
15 o más	Ansiedad de moderada a grave.

➤ Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica:

Más de 3 respuestas negativas indican dificultades en la adaptación y bajo nivel de mejoría clínica global

➤ Estrés

Puntuaciones de $T \geq 60$ son considerados altos, riesgo para la salud.

Puntuaciones T de 41 a 59 medios

Puntuaciones $T \leq 40$ son considerados bajos, favorable para la salud

➤ Hábitos de Salud:

Puntuaciones de $T \geq 60$ son considerados favorables para la salud

Puntuaciones T de 41 a 59 medios

Puntuaciones $T \leq 40$ son considerados desfavorables a la salud

➤ Red de apoyo social:

Puntuaciones de $T \geq 60$ son considerados favorables para la salud

Puntuaciones T de 41 a 59 medios

Puntuaciones $T \leq 40$ son considerados desfavorables a la salud.

➤ Fuerza cognitiva:

Puntuaciones de $T \geq 60$ son considerados favorables para la salud

Puntuaciones T de 41 a 59 medios

Puntuaciones $T \leq 40$ son considerados desfavorables a la salud

➤ Estilo de afrontamiento de valoración positiva:

Puntuaciones de $T \geq 60$ son considerados favorables para la salud

Puntuaciones T de 41 a 59 medios

Puntuaciones $T \leq 40$ son considerados desfavorables a la salud

➤ Estilo de afrontamiento de valoración negativa:

Puntuaciones de $T \geq 60$ son considerados desfavorables para la salud

Puntuaciones T de 41 a 59 medios

Puntuaciones $T \leq 40$ son considerados favorables a la salud

➤ Estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza:

Puntuaciones de $T \geq 60$ son considerados desfavorables para la salud

Puntuaciones T de 41 a 59 medios

Puntuaciones $T \leq 40$ son considerados favorables a la salud

➤ Estilo de afrontamiento de concentración en el problema:

Puntuaciones de $T \geq 60$ son considerados favorables para la salud

Puntuaciones T de 41 a 59 medios

Puntuaciones $T \leq 40$ son considerados desfavorables a la salud

➤ Bienestar Psicológico:

Puntuaciones de $T \geq 60$ son considerados favorables para la salud

Puntuaciones T de 41 a 59 medios

Puntuaciones $T \leq 40$ son considerados desfavorables a la salud

8. Hipótesis.

8.1. Hipótesis Conceptual

HIPÓTESIS 1: Los síntomas de estrés serán menores en el grupo de pacientes hipertensos que reciban la Terapia Cognitivo Conductual que en el grupo que no reciba dicho tratamiento.

HIPÓTESIS 2: Los síntomas de ansiedad serán menores en el grupo de pacientes hipertensos que reciban la Terapia Cognitivo Conductual que en el grupo que no reciba dicho tratamiento.

HIPÓTESIS 3: El grupo de pacientes hipertensos que reciban la Terapia Cognitivo Conductual presentarán una mejor adaptación y mejoría clínica global que el grupo que no reciba dicho tratamiento.

8.2. Hipótesis Operacional:

HIPÓTESIS 1: los niveles de ansiedad de los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, serán menores que los niveles de ansiedad de los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 2: la adaptación y mejoría clínica global de los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, serán mejores que en los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 3: los niveles de estrés de los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, serán menores que los niveles de estrés de los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 4: los hábitos de salud en los pacientes que participaron en el Programa Cognitivo Conductual, serán mejores que los de los hábitos de salud de los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 5: la percepción del apoyo social será mayor en los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, que en los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 6: los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual presentarán mayor fuerza cognitiva, que los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 7: la utilización de estilos de afrontamiento de valoración positiva será mayor en los pacientes que participaron en el Programa

Cognitivo Conductual, que en los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 8: la utilización de estilos de afrontamiento de valoración negativa será menor en los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, que en los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 9: la utilización de estilos de afrontamiento de minimización de la amenaza será menor en los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, que en los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 10: la utilización de estilos de afrontamiento de concentración del problema será mayor en los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, que en los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 11: el bienestar psicológico será mayor en los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, que en los pacientes que no recibieron el tratamiento.

HIPÓTESIS 12: los niveles de ansiedad de los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, serán menores después de que recibieron el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 13: la adaptación y mejoría clínica global de los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, serán mejores después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 14: los niveles de estrés de los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, serán menores después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 15: los hábitos de salud de los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, serán mejores después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 16: la percepción del apoyo social de los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, será mayor después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 17: los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual presentarán mayor fuerza cognitiva, después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 18: la utilización de estilos de afrontamiento de valoración positiva en los pacientes que participaron en el Programa Cognitivo Conductual será mayor, después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 19: la utilización de estilos de afrontamiento de valoración negativa en los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, será menor después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 20: la utilización de estilos de afrontamiento de minimización de la amenaza en los pacientes que participaron del

Programa Cognitivo Conductual, será menor después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 21: la utilización de estilos de afrontamiento de concentración del problema en los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, será mayor después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

HIPÓTESIS 22: el bienestar psicológico en los pacientes que participaron del Programa Cognitivo Conductual, será mayor después de recibir el tratamiento, que antes de iniciarlo.

8.3. Hipótesis Estadística:

8.3.1 Ansiedad

Hipótesis Nula 1 (H_0): los niveles de ansiedad de los pacientes que recibieron el tratamiento serán igual o mayores que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): los niveles de ansiedad de los pacientes que recibieron el tratamiento serán menores que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H_0): los niveles de ansiedad de los pacientes que recibieron el tratamiento serán igual o mayores después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alterna 2 (H_a): los niveles de ansiedad de los pacientes que recibieron el tratamiento serán menores después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.3.2. Adaptación y Mejoría Clínica

Hipótesis Nula 1 (H_0): la adaptación y mejoría clínica de los pacientes que recibieron el tratamiento serán igual o menor que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): la adaptación y mejoría clínica de los pacientes que recibieron el tratamiento será mayor que en los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H_0): la adaptación y mejoría clínica de los pacientes que recibieron el tratamiento serán igual o menor después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alterna 2 (H_a): la adaptación y mejoría clínica de los pacientes que recibieron el tratamiento será mayor después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.3.3. Estrés

Hipótesis Nula 1 (H_0): los niveles de estrés de los pacientes que recibieron el tratamiento serán igual o mayores que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): los niveles de estrés de los pacientes que recibieron el tratamiento serán menores que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H_0): los niveles de estrés de los pacientes que recibieron el tratamiento serán igual o mayores después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alterna 2 (H_a): los niveles de estrés de los pacientes que recibieron el tratamiento serán menores después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.4. Hábitos de Salud

Hipótesis Nula 1 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán igual o peores hábitos de salud, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán mejores hábitos de salud, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán igual o peores hábitos de salud, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alterna 2 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán mejores hábitos de salud, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.5. Percepción del Apoyo Social

Hipótesis Nula 1 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán igual o menor percepción del apoyo social, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán mayor percepción del apoyo social, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán igual o menor percepción del apoyo social, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alterna 2 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán mayor percepción del apoyo social, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.6. Fuerza Cognitiva

Hipótesis Nula 1 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán igual o menor fuerza cognitiva, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán mayor fuerza cognitiva, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán igual o menor fuerza cognitiva, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alterna 2 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán mayor fuerza cognitiva, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.7. Valoración Positiva

Hipótesis Nula 1 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con igual o menor frecuencia el estilo de afrontamiento de valoración positiva, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de valoración positiva que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 1 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con igual o menor frecuencia el estilo de afrontamiento de valoración positiva, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alterna 2 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de valoración positiva después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.8. Valoración Negativa

Hipótesis Nula 1 (H₀): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con igual o mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de valoración negativa, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con menor frecuencia el estilo de afrontamiento de valoración negativa, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H₀): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con igual o mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de valoración negativa, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alterna 2 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con menor frecuencia el estilo de afrontamiento de valoración negativa, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.9. Minimización de la Amenaza

Hipótesis Nula 1 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con igual o mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con menor frecuencia el estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con igual o mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alterna 2 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con menor frecuencia el estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.10. Concentración de problemas

Hipótesis Nula 1 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con igual o menor frecuencia el estilo de afrontamiento de concentración en el problema, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alterna 1 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de concentración en el problema, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con igual o menor frecuencia el estilo de afrontamiento de concentración en el problema, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alternativa 2 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento utilizarán con mayor frecuencia el estilo de afrontamiento de concentración en el problema, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

8.11. Bienestar Psicológico

Hipótesis Nula 1 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán igual o menor bienestar psicológico, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Alternativa 1 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán mayor bienestar psicológico, que los del grupo que no lo recibió.

Hipótesis Nula 2 (H_0): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán igual o menor bienestar psicológico, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

Hipótesis Alternativa 2 (H_a): los pacientes que recibieron el tratamiento presentarán mayor bienestar psicológico, después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

9. Estadísticos

Para el análisis y presentación de los resultados se utilizaron estadísticas descriptivas, cuadros y gráficas, medidas de tendencia y varianza. Para concluir con respecto a las hipótesis planteadas se utilizó la prueba t de Student para muestras dependientes e independientes a un nivel de significación de alfa de 0.05 a una cola.

10. Instrumentos

10.1. Escala de Ansiedad de Hamilton

Esta escala mide la gravedad de los síntomas ansiosos, su objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Fue elaborada por Max Hamilton en 1959. Los datos normativos que se efectuaron arrojan una media de 21.2 para sujetos ansiosos y una desviación de 6.2. La validez concurrente es de 0,84 (Barrios, 2005)

Consta de 14 preguntas que valoran síntomas físicos, psíquicos y conductuales característicos de la ansiedad.

10.2. Perfil de Estrés

Esta prueba fue diseñada por Kenneth Nowack para “identificar aquellas áreas que ayudan a una persona a tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano, así como las que hacen que alguien sea vulnerable a las enfermedades relacionadas con el mismo”. (Nowack 2002). El perfil fue desarrollado para proporcionar una evaluación amplia del estrés y del riesgo para la salud y contempla los factores claves que han demostrado regular la relación entre estrés y enfermedad. Resulta muy útil para realizar evaluaciones conductuales y tomar decisiones en cuanto al tratamiento de pacientes con problemas físicos o psicosomáticos.

Nos da puntuaciones en 15 áreas relacionadas con el estrés y la enfermedad y está basado en el enfoque cognitivo transaccional del estrés y el afrontamiento, desarrollado por Lazarus y sus colaboradores.

Nos proporciona puntuaciones en seis escalas relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad: estrés, hábitos de salud, red de apoyo social, fuerza cognitiva, estilos de afrontamiento y bienestar psicológico.

Las normas de calificación se obtuvieron de un muestra de 1111 varones y mujeres de entre 20 y 68 años de edad, de diferentes ambientes laborales. Los estudios de validez y confiabilidad de la prueba se refieren a los estudios de estandarización. (Nowack 2002). Esta prueba ha sido utilizada en otra investigación, en Panamá, sobre síntomas de estrés y ansiedad en diabéticos (Barrios, 2005)

10.3. Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica

Este cuestionario es de uso del Programa Nacional de Salud de Adultos de la Caja de Seguro Social de Panamá, es utilizado en las instalaciones de salud para clasificar a los pacientes resistentes o adaptados a la enfermedad y medir como hacen cambios que ayuden a la mejoría clínica de su padecimiento consta de 13 preguntas, en las que se evalúan las principales factores de riesgo asociados con la hipertensión y sirve para identificar las áreas más necesarias para mejorar los hábitos de salud. Cualquier respuesta negativa es un área de intervención en el tratamiento integral del paciente.

10.4. Entrevista Clínica

La entrevista clínica está dirigida para obtener síntomas clínicos de estrés ansiedad y un manejo deficiente de la enfermedad crónica que ocasione dificultad en la adherencia del tratamiento, las formas de afrontamientos, entre otros datos.

11. Variables:

11.1. Variable dependiente:

- **Ansiedad:** “estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorios de peligro o amenaza, acompañadas de actuaciones del sistema nervioso autónomo”. (Belloch y otros. 1997).

Se utilizará la Escala de Ansiedad de Hamilton para medir la ansiedad.

- **Estrés:** “es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos debido a la presencia de demandas de tareas, roles interpersonales y físicos y pone en peligro su bienestar”. (Lazarus y Folkman en Lazarus 2000)

Se utilizará el Perfil de Estrés de Nowack.

- **Hábitos de Salud:** conductas específicas que cuando se practican de manera regular, conducen al bienestar físico y psicológico.

Se utilizará el Perfil de Estrés de Nowack.

- **Red de apoyo social:** es el grado en que la persona siente que hay gente con la que puede contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda además de qué tan satisfecho se siente con dicho apoyo.

Se utilizará el Perfil de Estrés de Nowack.

- Fuerza cognitiva: atribuciones, actitudes y creencias que una persona tiene acerca de la vida y trabajo.

Se utilizará el Perfil de Estrés de Nowack para medirlo.

- Valoración positiva: comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción del estrés.

Se utilizará el Perfil de Estrés de Nowack para medirlo.

- Valoración negativa: auto culpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico.

Se utilizará el Perfil de Estrés de Nowack para medirlo.

- Minimización de la amenaza: es una forma de enfrentar las situaciones estresantes con conductas de evitación, mitigando su significado o no extendiéndose en ellos.

Se utilizará el Perfil de Estrés de Nowack para medirlo.

- Concentración en el problema: es la inclinación de la persona a hacer intentos activos de cambiar su conducta o los estresores ambientales.

Se utilizará el Perfil de Estrés de Nowack para medirlo.

- Bienestar Psicológico: experiencia global de satisfacción y ecuanimidad psicológica.

Se utilizará el Perfil de Estrés de Nowack para medirlo.

- Adaptación y Mejoría Clínica: grado de adaptación a la enfermedad y cambios en los estilos de vida que ayudan a la mejoría clínica del paciente en su padecimiento.

Se utilizará el cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica para medirlo.

11.2. Variable independiente

Programa Cognitivo Conductual desarrollado por Barrios, M.I. (2005) en su trabajo de investigación con pacientes diabéticos. Presenta 12 sesiones 2 semanales de dos horas de duración en las cuales se trabaja el manejo del estrés, ansiedad y la adaptación de los pacientes a su tratamiento, para lograr una mayor adherencia al tratamiento y por lo tanto una mejoría clínica global. Este programa se realizó con un enfoque en los planteamientos de las Teorías de Beck para las cuales es importante la identificación de las distorsiones cognitivas en relación con las situaciones que experimenta, la reestructuración de dichas distorsiones que le permitan mejorar los síntomas y por lo tanto la adherencia al tratamiento. Es importante señalar que aunque la evaluación se realizó luego de las 12 sesiones, los pacientes continuaron en control en el programa hasta lograr adherencia al tratamiento médico y mejora de las condiciones emocionales.

Seguidamente se presenta el Programa de tratamiento realizado con el grupo de pacientes hipertensos.

Sesión N° 1

Modulo: Reestructuración Cognitiva.

Tema: Objetivos y Normas del Programa.

Objetivos:

- Explicar las normas del programa y la modalidad de grupos terapéuticos
- Presentar los objetivos del plan terapéutico, la frecuencia, duración y estrategias del programa.
- Explicar en que consiste la Terapia Cognitivo Conductual aplicada a los síntomas de estrés y ansiedad

Actividades:

1. Presentación de los participantes del grupo.

Se realizará una dinámica de presentación que consiste en entregar un pétalo de rosa en el que anotarán su nombre, actividades y cualquier otra información que quiera adicionar, luego en un cartel con diferentes flores pegarán su pétalo y leerán la información que escribieron.

2. Normas del Programa y la importancia del grupo:

Se les informa a los participantes sobre la importancia de los grupos de trabajo, como al abordar los temas grupalmente pueden verse beneficiados todos de los aportes, se le notificará de la importancia de la confidencialidad de los temas abordados en las

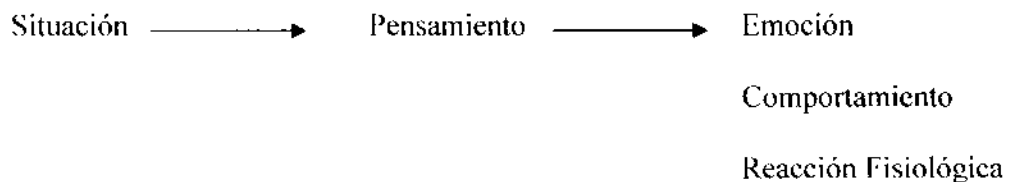
sesiones, se les hablará además de la importancia de la asistencia, puntualidad y responsabilidad de las asignaciones, ya que se trabajará con tareas para la casa. También se les hablará sobre la modalidad grupal y su importancia en la motivación, reforzamiento y moldeamiento de la conducta.

3. Presentación de los objetivos del plan terapéutico, la frecuencia, duración y estrategias del programa.

En este punto se les informará a los participantes el plan terapéutico.

4. Explicación de la Terapia Cognitivo Conductual

En este punto se explica a los pacientes que la Terapia Cognitivo Conductual plantea que lo que se percibe de las diferentes situaciones en la que nos vemos involucrados influye directamente en las emociones y en los comportamientos. Es la interpretación de un evento lo que influye en la emoción, comportamiento o respuesta fisiológica y no el evento en sí mismo. Para una mejor comprensión de los miembros del grupo se realizarán algunos ejemplos con situaciones que ellos mismos proponen utilizando el diagrama:



En este punto se les explica a los pacientes cómo sus emociones pueden influir en el curso de cualquier enfermedad médica y de la utilidad de este tratamiento para el control del estrés y la ansiedad y por ende la mejoría global de su salud.

5. Tareas para la casa:

Se les pide que realicen en sus casas una identificación de las situaciones que pueden desencadenar emociones y por ende conductas o reacciones fisiológicas que afecten su condición. Se les recuerda los ejemplos antes practicados para que puedan identificar otras situaciones. Se les entrega la hoja de trabajo: Tarea N° 1. y se realiza un ejemplo para que todos estén claros en lo que deben hacer

6. Cierre de la sesión:

Se hace un resumen de lo discutido durante la sesión. Se les recuerda el horario y la importancia de la asistencia, puntualidad y responsabilidad en el desarrollo de las sesiones terapéuticas. Se les pregunta sobre sus dudas y recuerda nuevamente la tarea a desarrollar en casa.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

Tarea N° 1

Escoja situaciones en las que usted se haya encontrado y que le hayan desencadenado emociones, conductas y reacciones fisiológicas que lo afectaron en su condición de salud. Identifique además los pensamientos que tenía cuando estaba en esas situaciones

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Reacción Fisiológica

Sesión N° 2

Modulo: Reestructuración Cognitiva.

Tema: Reestructuración Cognitiva

Objetivos:

- Revisar las tareas
- Explicar a los pacientes en que consiste la reestructuración cognitiva
- Identificar las distorsiones cognitivas.

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas. Se les pide que la incluyan en el fôlder con su nombre que dejarán en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Reestructuración Cognitiva

En este punto se desarrollará con los pacientes una explicación de lo que es la Reestructuración Cognitiva y se realizarán ejemplos de los diferentes conceptos que se vayan explicando. A continuación los conceptos a explicar y ejemplificar:

2.1. Concepto y aplicaciones de la Reestructuración Cognitiva.

2.2. Pensamiento Automáticos

2.3. Distorsiones Cognitivas

2.4. Ideas Irracionales

2.5. Creencias Centrales en relación a uno mismo, a los demás y al mundo.

2.6. Diferencias entre creencias centrales y los pensamientos automáticos.

Una vez finalizada la explicación y los ejemplos en cada punto se realiza una discusión grupal en la que los pacientes aportarán ejemplos de creencias y pensamientos disfuncionales. Se les entrega la Hoja de Trabajo N°1 Pensamientos Automáticos. Y se les pide que identifiquen algunas emociones negativas asociadas al pensamiento. Se les explica que estas emociones y conductas que se desencadenan pueden ser signos de ansiedad. Se les entrega la Hoja de Trabajo N° 2 con posibles signos de ansiedad y se les pide que hablen sus propias experiencias sobre estos síntomas. Se enseña al paciente a evaluar el grado de ansiedad con la Hoja de Trabajo N° 3 Escala SUDS. Se lee y discute en grupo.

Finalmente se les pide que identifiquen los pensamientos y las emociones que se obtuvieron de los ejercicios anteriores y en base a cualquiera de estos ejemplos se les pide que llenen la matriz de la Tarea N° 1.

3. Tareas para la casa:

Llenar la matriz de la Tarea N° 2 en función de las situaciones que hayan tenido síntomas de ansiedad. Identificar las distorsiones cognitivas tomando en cuenta la hoja de distorsiones cognitivas que se les entregó.

4. Cierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

Hoja de trabajo N° 1

Pensamientos automáticos según Beck

Si bien algunos pensamientos automáticos son verdaderos, muchos son falsos o sólo contienen algo de verdad. Los errores típicos del pensamiento son entre otros:

1. Pensamiento de tipo todo o nada: usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.
Ejemplo: “si no gano de forma absoluta soy un fracasado.
2. Pensamiento catastrófico: usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades.
Ejemplo: “estaré tan molesto que no me controlaré y le gritaré”
3. Descalificar o dejar de lado lo positivo: usted considera de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.
Ejemplo: “hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Sólo tuve suerte.
4. Razonamiento emocional: usted piensa que algo tiene que ser real porque usted “lo siente” (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario)

Ejemplo: “sé que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado”

5. Catalogar: usted se coloca a usted mismo, o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desfavorables.

Ejemplo: “soy un perdedor. Él es un inútil”.

6. Magnificar/minimizar: cuando usted se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.

Ejemplo: “El hecho de que obtuve una calificación mediocre demuestra que soy inútil. Obtener buenas notas no significa que soy inteligente.

7. Filtro mental: usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.

Ejemplo: “Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un trabajador incapaz (aunque otros ítems demuestren un trabajo muy bueno)

8. Leer la mente: Usted cree que los demás saben lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.

Ejemplo: “él está pensando que no sé nada sobre este proyecto”.

9. Sobregeneralización: usted llega a conclusiones negativas que va mucho más allá de lo que sugiere la situación.

Ejemplo: “Como me sentí incomodo en esta reunión, quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades”.

10. Personalización: Cree que los otros tienen una actitud negativa que va dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.

Ejemplo: “El técnico fue escueto conmigo porque yo hice algo incorrecto”.

11. Afirmaciones del tipo *debo* y *tengo que*: usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.

Ejemplo: “Es horrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer lo mejor que puedo”.

12. Visión en forma de túnel: usted sólo ve los aspectos negativos de una situación.

Ejemplo “el maestro de mi hijo no hace nada bien. Es crítico, insensible y no sabe enseñar”.

Hoja de Trabajo N° 2

Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo.

Lea la siguiente lista y hable sobre sus experiencias de ansiedad o nerviosismo:

1. Temblor en las rodillas
2. Brazos rígidos
3. Auto manipulaciones como rascarse, frotarse, otros.
4. Limitaciones del movimiento de las manos (en los bolsillos, en la espalda, entrelazadas)
5. Temblor en las manos
6. Sin contacto ocular
7. Músculos de la cara tensos (muecas, tics, otros)
8. Cara inexpresiva
9. Cara pálida
10. Sonrojo o rubor
11. Humedecerse los labios
12. Tragar salivas
13. Respirar con dificultad
14. Respirar más despacio o más de prisa.
15. Sudoración sin causa aparente (caras, manos, axilas)
16. Gallos en la voz
17. Tartamudeos o frases entrecortadas
18. Correr o aligerar el paso
19. Balancearse
20. Arrastrar los pies
21. Despejar la garganta
22. Boca seca
23. Dolor o acidez de estomago
24. Aumento de la frecuencia cuando se está sentado con una pierna montada sobre la otra
25. Morderse las uñas
26. Morderse los labios
27. Sentir náuseas
28. Sentirse mareado
29. Sentir como si se ahogara
30. Quedarse inmobilizado
31. No saber qué decir

Hoja de Trabajo N° 3

La determinación de la Ansiedad en la situación

La escala SUDS (Unidades Subjetivas de Ansiedad) se emplea para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva. Después de responder a cada situación, evalúate empleando la puntuación SUD. Al emplear la escala, evaluarás tu nivel de ansiedad desde 0 = completamente relajado, hasta 100 = muy nervioso y tenso.

Imagínate que estás completamente relajado y tranquilo. Para algunas personas esto ocurre, mientras descansan o leen un buen libro. Para otras, ocurre mientras están en la playa o se encuentran flotando en el agua. Da una puntuación de “0” a la manera de como te sientes cuando estás lo más relajado posible.

Luego imagínate una situación en la que tu ansiedad es extrema, imagina el sentirte extremadamente tenso y nervioso. Quizás en esta situación tus manos se encuentran frías y temblorosas. Puedes sentirte marcado o tembloroso, o puedes sentirte cohibido. Para algunas personas las ocasiones en las que se sienten más nerviosas son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente, cuando se ejerce una presión excesiva sobre ellos o cuando hablan delante de un grupo. Da una puntuación de “100” a la manera que te sientes en esta situación.

Ya has identificado los dos puntos extremos de la escala SUDS. Imagina la escala entera (como una regla) que va desde 0 SUD, completamente relajado a 100 SUD muy nervioso.

0	5	10	15	20	25	80	85	90	95	100
---	---	----	----	----	----	-------	----	----	----	----	-----

Completamente

Totalmente

Relajado

nervioso

Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar cómo usar esta escala, escribe tu puntuación SUD en este momento

La puntuación SUD la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentras en la vida real. El método de relajación que has aprendido te servirá para disminuir tu puntuación en la escala SUDS. La experiencia de altos niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieras y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

La cantidad que seas capaz de reducir tu puntuación SUD en cualquier situación dependerá de una serie de factores, incluyendo el nivel de ansiedad que experimentas generalmente, qué puntuación SUD tenías inicialmente, qué tipo de conducta se requiere, y la persona a quien diriges el comentario. No pensamos que tu objetivo sea 0 o un 5 en

todas las situaciones. Tu objetivo será reducir tu nivel SUD hasta un punto que te sientas lo suficientemente cómodo para expresarte.

Para practicar el empleo de la puntuación SUD, se pueden describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagínate que te está sucediendo en esa situación. Después que te imaginas la situación, escribe la cantidad de ansiedad que sientes (puntuación SUD). Cuando te imaginas en esta situación, intenta como te sentirías si estuviera sucediendo realmente. Finalmente, si estuvieras nervioso o tenso mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo que sientes más ansiedad. Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso puedes emplear mejor los ejercicios de relajación.

Tarea N° 2

Identifique situaciones que haya tenido síntomas de ansiedad. Señale las distorsiones cognitivas tomando en cuenta la hoja de distorsiones cognitivas que se les entregó.

Situaciones de ansiedad	Distorsiones cognitivas
1.	
2.	
3.	

Sesión N° 3

Modulo: Reestructuración Cognitiva.

Tema: Modificación de Distorsiones Cognitivas

Objetivos:

- Revisar las tareas
- Explicar a los pacientes en que consiste la modificación de las distorsiones cognitivas
- Enseñar a los pacientes a debatir sus distorsiones cognitivas

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas. Se les pide que la incluyan en el fòlder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Modificación de las Distorsiones Cognitivas

Como en todas las sesiones que se realicen se hará un breve resumen de la sesión anterior.

Posteriormente se presentará el método de debate de las distorsiones a través de preguntas. Se les entrega la Hoja de Trabajo N° 4 en la que se presentan preguntas que les ayuda a interrogarse, se discute en el grupo.

Se hace entre todos una lista de posibles pensamientos alternativos, se expone un ejemplo y se le pide a un voluntario que de un ejemplo de una situación que le causó

ansiedad, se realiza el interrogatorio para identificar, pensamientos, emociones, comportamientos y reacciones fisiológicas. Se debate el pensamiento y se buscan pensamientos alternativos. Se pueden realizar más ejemplos con otros pacientes.

Se unen en parejas y se les pide que con las tareas que realizaron en casa uno exponga la situación y el otro la debata y encuentren mejores alternativas de pensamiento. Luego intercambian los papeles.

3. Tareas para la casa:

Llenar la hoja de de Tarea N° 3 que mide situaciones que provocan ansiedad y que evalúa la reacción de 0 a 100.

4. Cierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

Hoja de Trabajo N° 4

Preguntas Para Identificar Distorsiones Cognitivas:

1. ¿Cuál es la evidencia?
¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa
3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿podría sobrellevarlo?
¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
¿Cuál es la posibilidad más realista?
4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?
¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?
6. ¿Qué le diría a _____ (un amigo) si estuviese en esa misma situación?

Tarea N° 3

Llene el siguiente cuadro colocando situaciones que le provocan ansiedad, coloque luego el pensamiento, la reacción emocional fisiológicas y de comportamiento y el nuevo pensamiento la nueva reacción tanto emocional de comportamiento como fisiológica y evalúe cada uno donde 0 es la ausencia y 100 lo más alto o intenso:

Situación:

Pensamientos:

Reacciones:

Emocionales: _____ Valor: _____

Comportamentales: _____ Valor: _____

Fisiológicas: _____ Valor: _____

Nuevos Pensamientos:

Nuevas Reacciones:

Emocionales: _____ Valor: _____

Comportamentales: _____ Valor: _____

Fisiológicas: _____ Valor: _____

Sesión N° 4

Modulo: Reestructuración Cognitiva técnicas de afrontamiento.

Tema: Relajación

Objetivos:

- Revisar las tareas
- Explicar la importancia de la relajación
- Enseñar a los pacientes técnicas de relajación

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas, se verifican que estén bien hechas. Se les pide que la incluyan en el fólder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Exposición teórica:

Sobre la importancia de la relajación en el manejo de los síntomas de estrés y ansiedad. Se les informa sobre los beneficios de la relajación y la utilidad para los pacientes de practicarlas regularmente.

3. Ejercicios Prácticos:

Se les explica el modelo de relajación propuesto por T. Carnwath y D. Millar, que consta de tres fases: respiración, relajación progresiva y una técnica de visualización.

Se les indica como prepararse para los ejercicios y luego se dan las indicaciones para las dos fases que siguen. Y se practica la relajación. Hoja de Trabajo N° 5)

4. Reestructuración Cognitiva:

Se agrupan los pacientes en grupos de tres personas para realizar la hoja de Trabajo N° 6, y se les indica que utilicen el material dado previamente sobre distorsión cognitiva y modificación de la ansiedad.

5. Tareas para la casa:

- Practicar diariamente la técnica de relajación aprendida.
- Llenar la Hoja de Tarea N° 4

6. Cierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

Hoja de Trabajo N° 6

Con el material dado y situaciones identificadas por usted llene el siguiente cuadro:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	COMPORTAMIENTO	REACCIÓN FISIOLÓGICA	NUEVO PENSAMIENTO	NUEVA EMOCIÓN	NUEVA REACCIÓN FISIOLÓGICA

MATERIAL PARA LA SESIÓN

Hoja de Trabajo N° 5

Cómo prepararse para la Relajación

Piensa que estás aprendiendo una habilidad, como ir en bicicleta, que luego te ayudará. Procura encontrar un rincón tranquilo, sin demasiados ruidos que te distraigan. Para facilitar la relajación, la habitación debe tener una luz tenue. La ropa ha de ser cómoda, que no te apriete. Quítate las gafas, pulseras, etc. Puedes utilizar una cama y situar los brazos y las piernas ligeramente apartados del cuerpo o bien en un sillón cómodo y si es posible con brazos. Asegúrese de que el cuello, los hombros y la espalda quedan adecuadamente apoyados. Si durante la relajación te vienen a la mente escenas que te perturban o inquietan, no hagas nada, déjalas pasar. Cierra los ojos.

Respiración

Respirar profundamente, inhalando por la nariz cinco veces profundamente y expirando por la boca, hacia fuera y despacio. Repítelo cinco veces.

Después de estas cinco respiraciones profundas continúa respirando de forma lenta y pausada, a un ritmo normal.

Desde ahora, cada vez que inhales, repite para ti mismo la palabra “calma” y con cada exhalación la palabra “tranquilo”, nota como al haber permitido que tu cuerpo se afloje, los músculos se relajan.

Sigue repitiendo la “calma” con cada inspiración y tranquilo con cada expiración, y con esta repetición, de manera continuada, las palabras aparecen de forma acompasada con el ritmo de tu respiración y la relajación se va haciendo más profunda.

La sensación de bienestar y calma profunda crece y se desarrolla...

Continúa relajándote de esta manera un poco más. Mantén los ojos cerrados pero acompasados, con cada inspiración y expiración continua repitiendo las palabras calma, tranquilo.

Ahora pasaremos a otra etapa de la relajación

Tensión y relajación muscular

Intentaremos estar atentos a las sensaciones de tensión y distensión de los músculos.

Ahora tensa con fuerza toda la musculatura de tu cuerpo, cada músculo quedará tirante y tenso.

Tensa con fuerza los músculos de:

- Las piernas: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar
- Los muslos: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar
- Las caderas: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar
- La pelvis: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar
- El abdomen: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar
- La espalda (requiere un poco más de tiempo): tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar
- El tórax: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar

- El cuello: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar
- La mandíbula: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar
- La frente: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar
- Los hombros: tensar firmemente.....relajar de golpe. Respirar

Deja escapar la tensión y relájate completamente. Siente el bienestar inmediato. Esta será toda la tensión que efectuaremos. Ahora pasaremos a otro nivel de relajación, un nivel mucho más profundo.

Visualización

Piensa en una imagen agradable, una escena creada por ti mismo: una situación un lugar. Cualquiera que te resulte muy agradable y relajante. Por ejemplo estar en una playa con el ruido del mar, o en un bosque... Tómate el tiempo que te haga falta para encontrar la imagen, después utilizarás la misma para relajarte en cualquier lugar. Deja que tu mente divague entre recuerdos y escenas hasta encontrar la imagen.

Ahora imagina claramente la escena, mientras continúas repitiendo las palabras calma y tranquilo con cada inspiración y expiración. Realiza las dos cosas a la vez y nota el efecto doblemente calmante que te produce su ejecución.

Ahora trasládase a esa imagen que has creado, siéntete parte de ella, hazla tan tuya como te sea posible, y libera todas las tensiones.

Debes permanecer quieto durante unos minutos y, poco a poco abrirte muy lentamente a la conciencia a los sonidos de la habitación y a la sensación del cuerpo, y empezar a incorporarte lentamente, sin movimientos bruscos o repentinos.

Tarea N° 4

Llene el siguiente cuadro colocando situaciones que le provocan ansiedad, coloque luego el pensamiento, la reacción emocional fisiológicas y de comportamiento y el nuevo pensamiento la nueva reacción tanto emocional de comportamiento como fisiológica y evalúe cada uno donde 0 es la ausencia y 100 lo más alto o intenso:

Situación:

Pensamientos:

Reacciones:

Emocionales: _____ Valor: _____

Comportamentales: _____ Valor: _____

Fisiológicas: _____ Valor: _____

Nuevos Pensamientos:

Nuevas Reacciones:

Emocionales: _____ Valor: _____

Comportamentales: _____ Valor: _____

Fisiológicas: _____ Valor: _____

Sesión N° 5

Modulo: Técnicas de Afrontamiento

Tema: Estrés

Objetivos:

- Revisión de las tareas
- Explicar a los pacientes el Modelo de Afrontamiento del Estrés según Lazarus
- Enseñar a los pacientes modelos de afrontamientos
- Reforzar métodos de relajación

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas. Se les pide que la incluyan en el fôlder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Exposición Dialogada:

Se abordarán los siguientes temas:

- Concepto de Estrés
- Modelo Transaccional del Estrés
- Estrategias de afrontamiento

3. Ejercicios:

- En base a las estrategias de afrontamiento se dan ejemplos de situaciones que podemos cambiar y otras que no, se les entrega la hoja de trabajo N° 7

que tiene diferentes situaciones y se les pide que identifiquen aquellas modificables y las que no lo pueden ser. Se discute grupalmente.

- Se practica nuevamente la técnica de relajación y se verifica que la estén realizando adecuadamente

4. Tareas para la casa:

- Practicar la relajación
- Hacer una lista de 10 situaciones que estén presentes en su vida actual y clasifíquelas en cuanto a si pueden ser modificadas o no. Tarea N° 5.

5. Cierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

HOJA DE TRABAJO N° 7

De la siguiente lista de situaciones identifique aquellas que pueden ser modificadas y las que no pueden ser modificadas

SITUACIÓN	PUEDE SER CAMBIADA	NO PUEDE SER CAMBIADA
1. Muerte de un ser querido		
2. Padecer una enfermedad crónica como la hipertensión		
3. Seguir una dieta		
4. Ir al médico		
5. Un familiar lo insultó		
6. Un familiar se enfermó		
7. El jefe le ofendió		
8. Hacer ejercicios		
9. Asistir a una fiesta		
10. Ingerir licor		

TAREA N° 5

Haga una lista de 10 situaciones que estén presentes en su vida actual y clasifíquelas en cuanto a si pueden ser modificadas o no

SITUACIÓN	PUEDE SER CAMBIADA	NO PUEDE SER CAMBIADA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Sesión N° 6

Modulo: Técnicas de Afrontamiento

Tema: Técnicas de Afrontamiento

Objetivos:

- Revisión de las tareas
- Explicar a los pacientes las técnicas de afrontamiento cognitivo
- Enseñar a los pacientes modelos de afrontamientos
- Reforzar métodos de relajación

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas.

Se les pide que la incluyan en el fólder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Exposición Dialogada:

Se abordarán los siguientes temas:

- Estrategias de afrontamiento cognitivo

3. Ejercicios:

- En base a lo expuesto anteriormente se les pide a los pacientes que identifiquen distintas situaciones o problemas relacionados al manejo de su enfermedad, situaciones familiares, laborales o sociales. En grupos de

tres elaborarán una lista de las situaciones o problemas. Se les pide que identifiquen si cada una de las situaciones expuesta por ellos es un problema anclado en la realidad y puede ser modificado, problema anclado en la realidad pero que no puede ser modificado o un acontecimiento muy improbable que no se basa en la realidad. Se les explica y ejemplifica un modelo de afrontamiento para las situaciones que no podemos cambiar, basado en el modelo de afrontamiento ya explicado anteriormente. Luego se realizan ejemplos con las situaciones anotadas por ellos.

- Se les da la Hoja de Trabajo N° 8 y se desarrolla grupalmente.
 - Se practica las técnicas de relajación.
4. Tareas para la casa:
- Practicar la relajación
 - Con la lista de situaciones estresantes que han identificado se les pide que hagan la Tarea N° 6
5. Cierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

HOJA DE TRABAJO N° 8

Caso: La Sra. D tiene 48 años, se encuentra muy preocupada y ansiosa porque le comunicó el médico que su esposo tiene que ser operado de la columna, pero que no hay riesgos. Ella piensa que la operación va a salir mal, pues cuando fue a hablar con el médico, se pudo percatar que él estaba pensando que ése era un caso muy difícil y las cosas no saldrían bien. Manifiesta que desde hace dos semanas, cuando le dieron la noticia, no ha podido dormir bien, siente palpitaciones, sudoraciones, temblores, las manos le sudan, se siente inquieta, sobresaltada. Señala que no entiende cómo el esposo, quien es el que va a ser operado, esté tan tranquilo y ella está tan angustiada. Tiene una semana sin ir a trabajar ya que se siente muy cansada y preocupada.

Identifique:

1. La situación:

2. Clasifique las distorsiones cognitivas:

Pensamientos de todo o nada: _____.

Pensamientos catastróficos: _____

Descalificación: _____

Razonamiento emocional: _____

Catalogar: _____

Magnificar o minimizar: _____

Filtro mental: _____

Leer la mente: _____

Sobregeneralización: _____

Personalización: _____

Afirmación del tipo debe: _____

Visión en forma de túnel: _____

3. Identificar las emociones:

4. Identificar la reacciones fisiológicas:

5. Identificar los compromisos:

6. Interrogar cada distorsión con la hoja de de interrogación de las distorsiones cognitivas (hoja de trabajo nº 4):

7. Proponer pensamientos alternativos:

8. Plantear nuevas alternativas de emociones que se pueden experimentar:

9. Plantear alternativas sobre nuevas conductas:

10. Imaginar nuevas reacciones fisiológicas:

Hoja de Trabajo N° 4

Preguntas Para Identificar Distorsiones Cognitivas

1. ¿Cuál es la evidencia?
 ¿cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
 ¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa
 ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿podría sobrellevarlo?
 ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
 ¿Cuál es la posibilidad más realista?
3. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?
 ¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
4. ¿Qué debo hacer al respecto?
5. ¿Qué le diría a _____ (un amigo) si estuviese en esa misma situación?

Tarea N° 6

Con la lista de situaciones estresantes, en relación al manejo de su enfermedad, identifique el pensamiento, la emoción y la conducta de cada situación:

Situación:

Pensamientos:

Reacciones:

Emocionales: _____ Valor: _____

Comportamentales: _____ Valor: _____

Fisiológicas: _____ Valor: _____

Nuevos Pensamientos: _____

Nuevas Reacciones:

Emocionales: _____ Valor: _____

Comportamentales: _____ Valor: _____

Fisiológicas: _____ Valor: _____

Sesión N° 7

Modulo: *Técnicas de Afrontamiento*

Tema: *Técnicas de Afrontamiento*

Objetivos:

- Revisión de las tareas
- Explicar a los pacientes las técnicas de afrontamiento cognitivo
- Enseñar a los pacientes modelos de afrontamientos
- Reforzar métodos de relajación

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas.

Se les pide que la incluyan en el fòlder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Exposición Dialogada:

Se abordarán los siguientes temas:

- Técnicas de afrontamiento cognitivo en los problemas reales que pueden ser modificados y los que no pueden ser modificados
- Ejemplos de modos de afrontamientos

3. Ejercicios:

- En base a lo expuesto anteriormente se les pide a los pacientes que identifiquen distintas situaciones o problemas relacionados al manejo de

su enfermedad. En grupos de tres elaborarán una lista de las situaciones o problemas. Se les pide que identifiquen si cada una de las situaciones expuesta por ellos es un problema anclado en la realidad y puede ser modificado, problema anclado en la realidad pero que no puede ser modificado. Se les explica y ejemplifica un modelo de afrontamiento para las situaciones que no podemos cambiar, basado en el modelo de afrontamiento ya explicado anteriormente. Luego se realizan ejemplos con las situaciones aportadas por ellos.

- Se practica las técnicas de relajación.

4. Tareas para la casa:

- Practicar la relajación
- Llenar la hoja escribiendo dos situaciones y como las enfrentó, basándose en el cuadro que se les entregó previamente.

5. Cierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

TIPOS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN LAZARUS

1. Búsqueda de apoyo social: pedir consejo o ayuda a un amigo, familiar, hablar con alguien que pueda ayudarlo.
2. Escape-evitación: minimizar la amenaza, esperar a que ocurra un milagro, no hace nada o trata de olvidarse de las cosas a través del alcohol o bromear de la situación problema, desvía su atención del problema, no lo afronta, lo evita.
3. Planificación de solución de un problema: establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que la situación mejore.
4. Valoración positiva: la persona piensa positivamente sobre los problemas y como resolverlos, piensa que puede soportar la situación, se automotiva a seguir adelante para minimizar el estrés y la ansiedad.
5. Valoración negativa: se caracteriza por la autculpa, pensamientos catastróficos, pensamientos disfuncionales desadaptativos, negativos.
6. Revalorización positiva: volver a evaluar la situación y buscar pensamientos más adaptativos a la situación

TAREA N° 7

Llene la hoja escribiendo dos situaciones y como las enfrentó, basándose en el material de tipos de afrontamiento que se le entregó previamente:

Situación	Afrontamiento
1.	
2.	

Sesión N° 8

Modulo: Técnicas de Afrontamiento

Tema: Resolución de Conflictos

Objetivos:

- Revisión de las tareas
- Explicar a los pacientes las técnicas de resolución de conflictos
- Enseñar a los pacientes las técnicas de resolución de problemas
- Reforzar métodos de relajación

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas.

Se les pide que la incluyan en el fôlder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Exposición Dialogada:

Se abordarán los siguientes temas:

- Técnicas de resolución de Problemas
- Pasos para la resolución de problemas:
 - ✓ Definición del problema
 - ✓ Generar soluciones alternativas
 - ✓ Toma de decisiones
 - ✓ Practicarlas y evaluarlas

3. Ejercicios:

- En base a lo expuesto anteriormente se les pide a los pacientes que identifiquen distintas situaciones o problemas de su realidad, y desarrollen los pasos expuestos anteriormente.
- Se practica las técnicas de relajación.

4. Tareas para la casa:

- Practicar la relajación
- Llenar la hoja de Tarea N° 8

5. Sierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

TAREA N° 8

FORMULARIO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. Problema: _____
 - Significado: _____
 - Respuesta al Significado: _____
2. Soluciones posibles:
 - _____
 - _____
 - _____
3. Toma de decisiones:
 - _____
Ventajas _____
Desventajas _____
 - _____
Ventajas _____
Desventajas _____
 - _____
Ventajas _____
Desventajas _____

Aplicar y Evaluar los posibles resultados:

Sesión N° 9

Modulo: Técnicas de Afrontamiento

Tema: Resolución de problemas

Objetivos:

- Revisión de las tareas
- Enseñar a los pacientes modelos de afrontamientos
- Reforzar métodos de relajación

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas.

Se les pide que la incluyan en el fólder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Exposición Dialogada:

Se abordarán los siguientes temas:

- Resolución de problemas

3. Ejercicios:

- En base a los resultados de las pruebas aplicadas al inicio de las sesiones se escogen ejemplos de problemas más comunes a los pacientes y se trabajan la resolución de esos problemas en grupos se les entrega la Hoja de Trabajo N° y se hace una presentación por grupos y el terapeuta los retroalimenta.

Julio 2006

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL.

CALENDARIO I AUTOCONTROL

lun	Mar	Mié	jue	Vie	sáb	dom
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Indicaciones:

Ponga el número correspondiente si ha cumplido con lo que el número indica. Cuando no cumpla con algún tratamiento, no ponga nada.

1. Seguí la dieta indicada
2. Seguí los ejercicios indicados
3. Tomé los medicamentos
4. Asistí a las citas médicas

- Se practican las técnicas de relajación.

4. Tareas para la casa:

- Practicar la relajación
- Llenar la hoja de Tarca N° 9 escogiendo un problema real que se les haya presentado.
- Llenar la hoja del calendario, sobre la aplicación de las distintas situaciones del manejo de su enfermedad.

5. Cierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

TAREA N° 9

FORMULARIO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Escoja los problemas más comunes que se le presentan con relación a su enfermedad y resuelva el formulario:

1. Problema: _____

- Significado: _____
- Respuesta al Significado: _____

2. Soluciones posibles:

- _____
- _____
- _____

3. Toma de decisiones:

- _____

Ventajas _____

Desventajas _____

- _____

Ventajas _____

Desventajas _____

- _____

Ventajas _____

Desventajas _____

4. Aplicar y Evaluar los posibles resultados:

Sesión N° 10

Modulo: Técnicas de Afrontamiento

Tema: Entrenamiento en Habilidades Sociales: Asertividad.

Objetivos:

- Revisión de las tareas
- Explicar a los pacientes las técnicas de afrontamiento. Entrenamiento en habilidades sociales.
- Practicar entrenamiento en habilidades sociales.
- Reforzar métodos de relajación

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas.

Se les pide que la incluyan en el fôlder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Exposición Dialogada:

Se abordarán los siguientes temas:

- Importancia de las habilidades sociales
- Asertividad.

3. Ejercicios

- Se reparte la Hoja de Trabajo N° 10 componentes de la conducta Asertiva, y se solicita que modelen cada uno de los componentes de la conducta asertiva.
- Se les da la Hoja de Trabajo N° 12 frases asertivas, pasivas y agresivas se ejemplifican las conductas no asertivas y las asertivas
- Se les explica el papel de de los pensamientos disfuncionales en el comportamiento asertivo. Se presentan ejemplos de pensamientos distorsionados. Se les solicita que den ejemplos propios. Y se explica la importancia de aprender a identificarlos.
- Practicar ejercicios de relajación.

4. Tareas para la casa:

- Practicar la relajación
- Describir una situación donde utilizó un comportamiento asertivo y describir el comportamiento asertivo.
- Llenar el calendario sobre la aplicación de las situaciones en relación al manejo de su enfermedad.

5. Cierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

HOJA DE TRABAJO N° 10

Componentes de la Conducta Asertiva

- **Contacto Visual:** este aspecto se refiere al hecho de hacer o no hacer contacto visual con las demás personas. Para ser asertivos en este aspecto debemos mirar, tener contacto visual con las personas con las que nos estamos comunicando. El no tener contacto visual con las personas puede transmitir mensajes distorcionadores como por ejemplo: que no te interesa lo que te está diciendo.
- **Tono de voz:** el tono de voz puede ser suave, alto, bajo, normal. Un tono de voz muy bajo o muy alto puede expresar inseguridad, temor, o por el contrario, disgusto, impaciencia, pudiendo poner al receptor a la defensiva. Es importante mantener un tono de voz adecuado a la situación.
- **Postura:** una postura asertiva puede variar de una situación a otra, pero en general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado. Es importante evitar posturas que evidencien que se está listo para cuando una persona le conversa y usted está sentado en la punta de la silla, listo para levantarse e irse.
- **Expresión facial:** es importante que nuestra expresión facial sea congruente con nuestro mensaje oral; por ejemplo, cuando decimos que algo no nos gusta y que la situación nos ha hecho sentir muy mal, sin embargo, estamos sonriendo.

- Tiempo: es importante que sepamos reconocer el momento oportuno para hacer o decir alguna cosa. Por más asertiva que sea nuestra postura, expresión facial u oral, si nos precipitamos mucho a manifestarla podemos tener dificultades. La persona asertiva sabe reconocer el momento adecuado.
- Contenido: el contenido del mensaje no debe tener elementos amenazadores, agresivos, ambiguos, ya que distorsionan el mensaje. La persona asertiva muestra respeto por los demás, por más disgustado que esté.

HOJA DE TRABAJO N° 11

Ejemplos de Conductas de Personas Asertivas

Actúa y habla en base a la realidad

Puede expresar opiniones diferentes a las otras personas

Reconoce sus errores y éxitos

Sabe tomar decisiones propias

Respeto los sentimientos de los demás

Sabe expresar sus afectos

Tiene control de su conducta

Rechaza peticiones cuando sea necesario

Sabe cuándo decir que no

HOJA DE TRABAJO N° 12

Ejemplo de frases Pasiva, Agresivas y Asertivas

Frases Pasivas:

- Haré lo que tu quieras
- Esperaré hasta que desees llamarme
- Saldremos a la hora que tu decidas
- Ya que insistes tomaremos
- Si tu quieres podemos tener relaciones sexuales

Frases Agresivas:

- No me interesa tu opinión
- Siempre quedas como un tonto
- No me extraña que lo hayas hecho mal
- Tu tienes que hacer lo que yo quiera
- No te atreves porque eres una miedosa

Frases Asertivas:

- Yo no puedo salir hoy, pero mañana con gusto salimos.
- Te aprecio como amigo y no deseo nada sentimental
- Yo no tomo porque me hace daño.
- Necesito que me digas francamente lo que piensas.

TAREA N° 10

Describe una situación donde utilizó un comportamiento asertivo y descríbalo:

SITUACIÓN	COMPORTAMIENTO ASERTIVO

Sesión N° 11

Modulo: Técnicas de Afrontamiento

Tema: Entrenamiento en Habilidades Sociales: comunicación verbal y no verbal.

Objetivos:

- Revisión de las tareas
- Explicar a los pacientes las técnicas de afrontamiento. Entrenamiento en habilidades sociales: comunicación verbal y no verbal
- Practicar entrenamiento en habilidades sociales.
- Reforzar métodos de relajación

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas. Se les pide que la incluyan en el fôlder con su nombre que hay en la sala de sesiones junto con todas las tareas que se realicen.

2. Exposición Dialogada:

Se abordarán los siguientes temas:

- Importancia de las habilidades sociales
- Comunicación verbal y no verbal

3. Ejercicios:

- Se reparte la Hoja de Trabajo N° 13 para que identifiquen, grupalmente, las frases pasivas, agresivas y asertivas, se discuten los trabajos de los grupos.
- Se les da la Hoja de Trabajo N° 14 sobre situaciones para que identifiquen en grupos como mostrar una conducta pasiva o no asertiva, agresiva y asertiva hacia esas situaciones.
- Practicar ejercicios de relajación.

4. Tareas para la casa:

- Practicar la relajación
- Identificar dos situaciones en las cuales utilizó frases asertivas..
- Llenar el calendario sobre la aplicación de las situaciones en relación al manejo de su enfermedad.

5. Cierre de la sesión.

Se realizará un resumen de lo tratado en la sesión y se les recuerda la importancia de cumplir con la tarea.

MATERIAL PARA LA SESIÓN

HOJA DE TRABAJO N° 13

Identifica de la siguiente lista la frase asertiva, pasiva y agresiva:

Frases	Asertiva	Pasiva	Agresiva
1. Eres un estúpido como me vas a brindar licor			
2. Haré lo que tu quieras			
3. No me interesa tu opinión			
4. Descarto estar solo porque necesito pensar			
5. Ya que insistes, tomaré unos tragos			
6. No estoy de acuerdo con tu punto de vista			
7. No preguntar nada			
8. Usted es un inepto o irresponsable			
9. Eres un estúpido.			

HOJA DE TRABAJO ° 14

Supongan en la siguiente lista las posibles respuestas asertivas, pasivas y agresivas ante cada situación:

Situaciones	Respuesta asertiva	Respuesta agresiva	Respuesta pasiva
Es Navidad y tus amigos insisten en que ingieras bebidas alcohólicas			
Lo invitan y lo llevan a una fonda donde solo venden comida frita			
Sus amigos le dicen que es un tonto por estar haciendo ejercicios, que eso no sirve de nada, que ellos son hipertensos y nunca hacen ejercicios			
Una amiga le lleva una receta casera para que se la tome ya que según ella eso controla la hipertensión			
Su jefe le grita o lo insulta porque hizo un trabajo mal			
Hay mucho trabajo, llegó la hora del almuerzo y le piden que se quede para terminarlo			
Vas a una reunión familiar y te brindan una deliciosa comida hecha con muchos condimentos y sal.			

TAREA N° 11

Identifique dos situaciones en las que haya utilizado frases asertivas en la semana:

Situación	Frase Asertiva

Sesión N° 12

Modulo: Integración

Objetivos:

- Revisar las tareas
- Resumir los temas anteriores.
- Aplicar las pruebas de ansiedad estrés y mejoría clínica

Actividades:

1. Revisión de Tareas.

Se revisan las tareas de los pacientes y se solicita voluntarios para presentarlas.

Se les entrega el fólder con todas sus tareas.

2. Exposición Dialogada:

Se realizará un resumen de todos los temas tratados anteriormente y la importancia de seguir practicándolas:

- Reestructuración cognitiva
- Técnicas de relajación.
- Técnicas de afrontamiento.

Se realiza el cierre de las sesiones.

3. Evaluación:

Se aplican las pruebas

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A través de gráficas y cuadros se presentan a continuación los resultados obtenidos en la investigación, seguidos de una interpretación y análisis de los mismos:

A. Características Generales de la Muestra

CUADRO N° I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO EXPERIMENTAL

SUJETO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	EDUCACIÓN
1	M	46	Casado	Universitaria
2	F	60	Unida	Primaria
3	M	49	Casado	Secundaria
4	F	36	Casada	Universitaria
5	F	38	Casada	Universitaria
6	F	33	Casada	Primaria
7	F	39	Separada	Secundaria
8	F	54	Casada	Universitaria
9	F	51	Casada	Primaria
10	F	36	Casada	Universitaria

Este cuadro expone las características generales del grupo experimental, que estuvo formado en un 80 % por mujeres y sólo un 20 % de hombres. La persona más joven del grupo tiene 33 años y la mayor 60. La media de edad para el grupo experimental es de 44,2 años. El 80 % del grupo estaba casado 10 % separado y 10 % unido. El 20 % tiene una educación primaria, 20 % secundaria y 60 % era universitarios.

Cuadro N° II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO CONTROL.

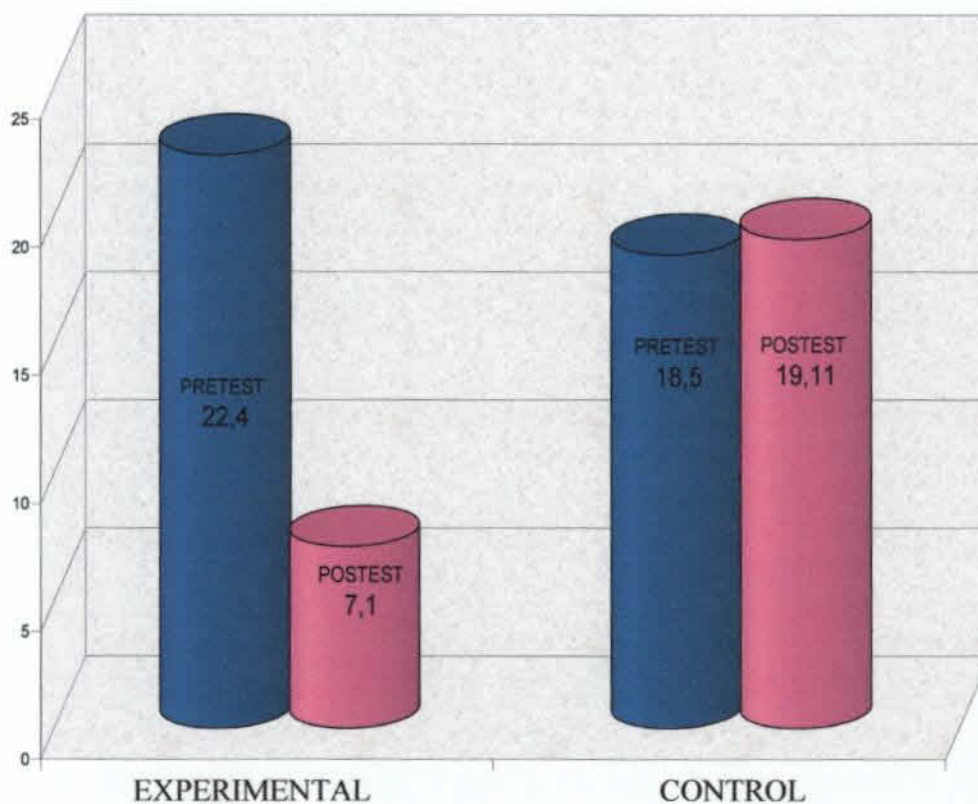
SUJETO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	EDUCACIÓN
1	F	53	Soltera	Primaria
2	F	37	Casada	Universitaria
3	M	34	Soltero	Universitaria
4	M	57	Casado	Secundaria
5	M	53	Casado	Secundaria
6	F	59	Viuda	Secundaria
7	F	54	Divorciada	Primaria
8	F	42	Soltera	Universitaria
9	M	54	Casado	Universitaria
10	M	58	Casado	Primaria

Este cuadro expone las características generales del grupo control. En este grupo hubo una muerte experimental, ya que el sujeto 4 no se presentó al posttest. El 50 % del grupo fueron mujeres y 50 % hombres. La persona más joven del grupo tiene 34 años y la mayor 59. La media de edad para el grupo control es de 50 años. El 50 % del grupo estaba casado, 30 % solteros, 10 % separado y 10 % viudo. El 30 % tenía una educación primaria, 30 % secundaria y 40 % universitaria.

B. Análisis de los Resultado en las diferentes pruebas y escalas

1. Resultados y Análisis de la Escala de Ansiedad de Hamilton:

Gráfica N° 1. Medias de los grupos control y experimental en la prueba de Ansiedad de Hamilton en el pretest y postest.



La gráfica N° 1 nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la prueba de ansiedad de Hamilton. Los promedios nos revelan que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de ansiedad que señala una ansiedad de moderada a grave ($\bar{x}=22,4$) igualmente el pretest del grupo control reflejó que los sujetos presentaron ansiedad moderada ($\bar{x}=18,5$); antes de recibir el tratamiento. En la evaluación del posttest la ansiedad del grupo experimental disminuyó a un nivel de

ansiedad leve ($\bar{x}=7,1$); en cambio el grupo control elevó levemente el nivel de ansiedad ($\bar{x}=19,11$).

CUADRO Nº III. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DE LA PRUEBA DE ANSIEDAD EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	18	7
2	21	4
3	16	6
4	--	10
5	18	5
6	23	6
7	18	8
8	23	5
9	19	9
10	16	11

Este cuadro presenta las puntuaciones obtenidas en la prueba de Ansiedad de Hamilton del grupo control y experimental, en el posttest. Podemos observar que las puntuaciones del grupo experimental son todas más bajas que las del grupo control. Las puntuaciones del grupo control son todas de moderadas a graves, lo que indica síntomas de ansiedad grave, en cambio en el grupo experimental se obtuvieron puntajes que reflejan ansiedad leve, un solo sujeto del grupo experimental (sujeto 2), obtuvo puntajes que reflejan ausencia de ansiedad.

CUADRO N° IV. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST.

Prueba t para medias independientes		
Estadísticos	Grupo control	Grupo Experimental
Media	19,11	7,1
Desviación Estándar	2,66	2,33
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	1,740	
T observada	10.640559	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$.

Como la $t_o = 10,64$ es mayor a la $t_c = 1,74$, podemos afirmar que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna en cuanto a que se observan diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad de los pacientes, los que recibieron el tratamiento manifiestan menores niveles de ansiedad que aquellos que no recibieron el tratamiento.

Aunque la diferencia en las medias de los dos grupos se demostró en el análisis estadístico, podemos observar que el grupo experimental logró disminuir la ansiedad pero no desaparecieron los síntomas de forma completa, ya que un solo sujeto no presentó ansiedad en el posttest, el resto presentó niveles leves de ansiedad. Aunque en el tratamiento recibido se trabajó en la identificación de los síntomas de ansiedad y cómo lograr cambiarlos, es posible que se necesiten mayor número de sesiones de entrenamiento en manejo de ansiedad.

CUADRO N° V. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST.

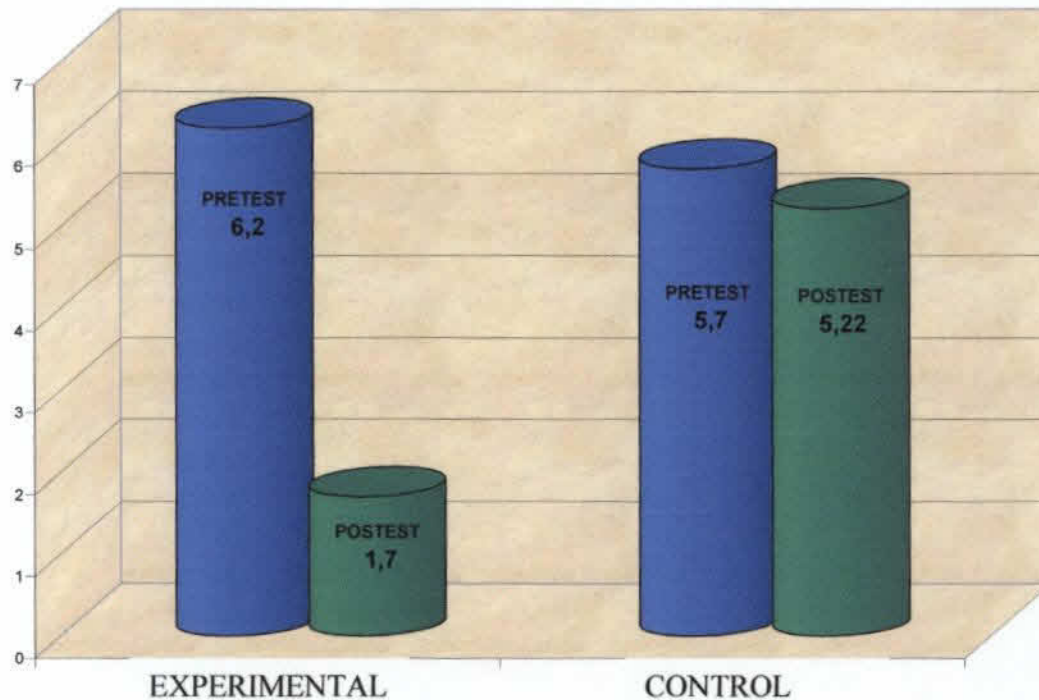
Prueba t para medias dependientes		
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>
Media	22,4	7,1
Varianza	44,71111111	5,433333333
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	7,67026776	
Valor crítico de t (una cola)	1,83311292	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$.

Como la $t_o = 7,670$ es mayor a la $t_c = 1,833$. Podemos afirmar que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna en cuanto a que se observan diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad de los pacientes que recibieron el tratamiento y los que no lo recibieron. Los niveles de ansiedad de los pacientes del grupo experimental son menores luego de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

2. Resultados y Análisis del Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica:

Gráfica N° 2. Medias de los grupos control y experimental en el Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica en el pretest y postest.



La gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en el Cuestionario de Adaptación y Mejoría Clínica. Los promedios indican que el pretest del grupo experimental obtuvo una media en el cuestionario de adaptación y mejoría clínica que refleja poca adaptación y mejoría clínica ($\bar{x} = 6,2$) igualmente el pretest del grupo control refleja que los sujetos presentaban poca adaptación y mejoría clínica ($\bar{x} = 5,7$). En la evaluación del posttest la adaptación y mejoría clínica del grupo experimental disminuyó a un nivel adecuado de adaptación y mejoría clínica ($\bar{x} = 1,7$), una vez finalizado el tratamiento. El grupo control siguió presentando niveles altos que manifiestan poca adaptación y mejoría clínica ($\bar{x} = 5,22$).

CUADRO N° VI. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN Y MEJORÍA CLÍNICA EN EL POSTEST.

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	5	2
2	6	1
3	7	3
4	-	1
5	3	2
6	4	3
7	3	2
8	6	1
9	6	0
10	7	2

Este cuadro muestra las puntuaciones naturales del cuestionario de adaptación y mejoría clínica en el posttest. Todos los participantes del grupo experimental obtuvieron puntuaciones que reflejaron adaptación o mejoría en su adaptación, ya que obtuvieron puntuaciones iguales o inferiores a 3. En cambio, el grupo control presentó puntuaciones más elevadas. Dos sujetos del grupo control presentaron puntuaciones de 3 que sugieren adaptación, pero el resto manifestaron puntuaciones más elevadas lo que indica que no lograron adaptación ni mejoría clínica en su enfermedad.

CUADRO N° VII. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE MEJORÍA CLÍNICA DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST.

Prueba t para medias independientes		
Estadísticos	Grupo Control	Grupo Experimental
Media	5,2	1,7
Desviación Estándar	1,5634	0,9486
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	1,740	
T observada	5,9880	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$. Y como $t_o = 5,9880$ es mayor que la $t_c = 1,740$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental mejoró su adaptación y mejoría clínica con relación al grupo control. Existe suficiente evidencia estadística que apoya la hipótesis que señala que el tratamiento mejoró la adaptación y existió mejoría clínica en los pacientes.

Sin embargo, en esta escala podemos observar que los dos grupos mejoraron en el posttest con relación al pretest, esto puede deberse a que ambos grupos asistieron a las sesiones iniciales y recibieron información sobre los aspectos a modificar para controlar la hipertensión y aunque no hayan participado de la psicoterapia cambiaron algunos de sus hábitos como los alimenticios, mejoraron su rutina de ejercicios y los hábitos de cuidado de la salud. Además, asistieron a las citas programadas en el Programa de Salud de Adultos de la CSS. En cuanto al grupo experimental, a pesar de que mejoraron sus puntuaciones en el cuestionario de mejoría y adaptación clínica, todavía tienen aspectos a modificar principalmente los concernientes al peso y la dieta.

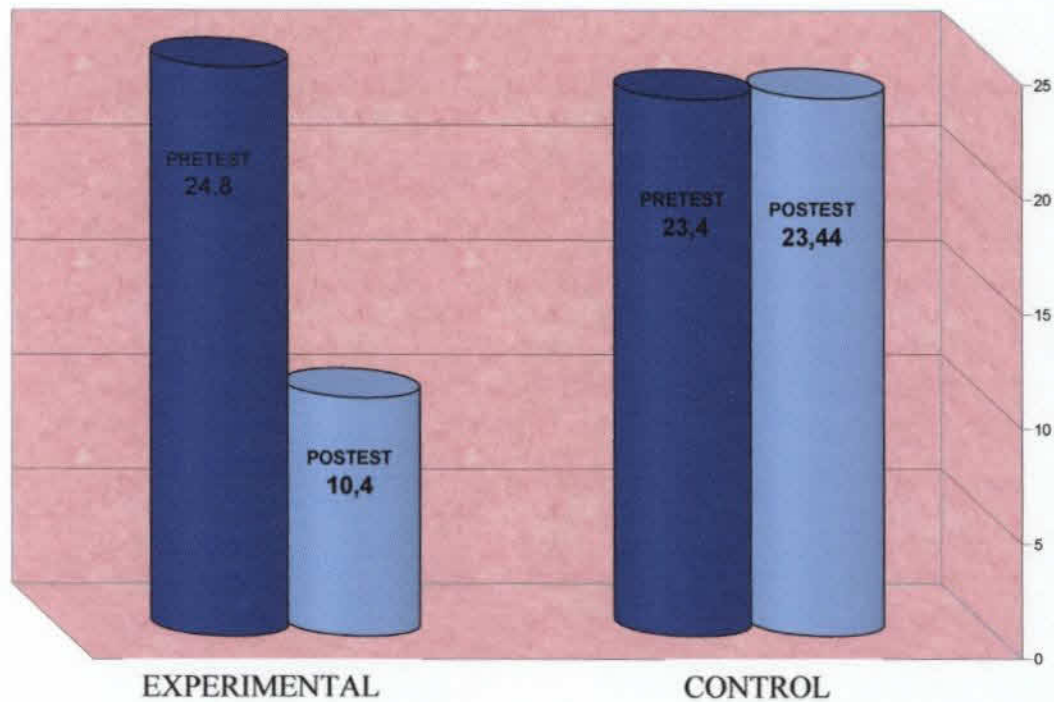
CUADRO N° VIII. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE MEJORÍA CLÍNICA DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST.

Prueba t para medias dependientes		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	6,2	1,7
Varianza	2,4	0,9
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	10,5097357	
Valor crítico de t (una cola)	1,83311292	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$. Y como $t_o = 10,5097$ es mayor que la $t_c = 1,8331$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que los pacientes que recibieron el tratamiento cognitivo conductual tienen mejores niveles de adaptación y mejoría clínica luego de recibir el tratamiento que antes de recibirlo. La evidencia estadística apoya la hipótesis sobre los efectos positivos de un programa cognitivo conductual en la adaptación y mejoría clínica en los pacientes hipertensos.

3. Resultados y Análisis de la Escala de Estrés:

Gráfica N° 3. Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Estrés en el pretest y postest.



La gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la escala de estrés de la prueba de Nowack. Los promedios, de las puntuaciones naturales, nos muestran que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de $\bar{x} = 22$ (\bar{x} de $T = 60,5$), el pretest de grupo control $\bar{x} = 18,5$ (\bar{x} de $T = 66$). Ambas puntuaciones transformadas a puntuaciones T señalan niveles de estrés elevados, es decir que ambos grupos presentaban síntomas de estrés antes de recibir el tratamiento. En la evaluación del posttest grupo experimental disminuyó a $\bar{x} = 7,1$ (\bar{x} de $T = 35$). En cambio el grupo control elevó levemente $\bar{x} = 19,11$ (\bar{x} de $T = 66,22$). Estos datos indican que el grupo experimental disminuyó su estrés, después de recibir el tratamiento, a un nivel medio, es

decir que aunque disminuyeron aún presentaban síntomas, mientras que el grupo control mantuvo niveles elevados de estrés.

CUADRO Nº IX. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE ESTRÉS EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	60	29
2	67	44
3	66	27
4	-	32
5	67	36
6	70	46
7	67	34
8	66	29
9	58	39
10	75	34

Este cuadro nos muestra las puntuaciones T para el grupo experimental y control, podemos observar que con la excepción de los sujetos 2 y 6 que presentaron puntuaciones moderadas, (en el caso del sujeto 2 su madre sufrió una crisis durante el tratamiento lo que pudo ser significativo para su nivel de estrés, es importante establecer que los dos sujetos tiene educación de primaria), el resto de los participantes de este grupo obtuvieron puntuaciones por debajo de 40 en el posttest lo que indica un bajo nivel de estrés. En cambio el grupo control presentó puntuaciones superiores a 60, indicando elevado nivel de estrés, con excepción del sujeto 8 que obtuvo una puntuación media o moderada.

CUADRO N° X. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE ESTRÉS DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST.

Prueba t para medias independientes		
Estadísticos	Grupo Control	Grupo Experimental
Media	23,44	10,4
Desviación Estándar	2,0682	2,6331
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	1,740	
T observada	11,8679	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$. Y como $t_o = 11,8679$ es mayor que la $t_c = 1,740$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental presentó niveles de estrés inferiores a los presentados por el grupo control. Existe suficiente evidencia estadística para afirmar que las medias de ambos grupos son diferentes. Además, en el grupo control la media del nivel de estrés se mantuvo en niveles altos (23,44), en comparación con la disminución que se logró en cuanto a la media del grupo experimental (10,4).

El tratamiento cognitivo conductual se enfocó en enseñarles técnicas de relajación a los pacientes, identificaron las situaciones estresantes en sus vidas, mejoraron los mecanismos de afrontamiento y respondieron de forma diferente a las situaciones antes identificadas como estresantes. El resultado en el posttest de la escala de estrés nos sugiere que los pacientes efectivamente modificaron de forma positiva las estrategias con las que manejaban el estrés.

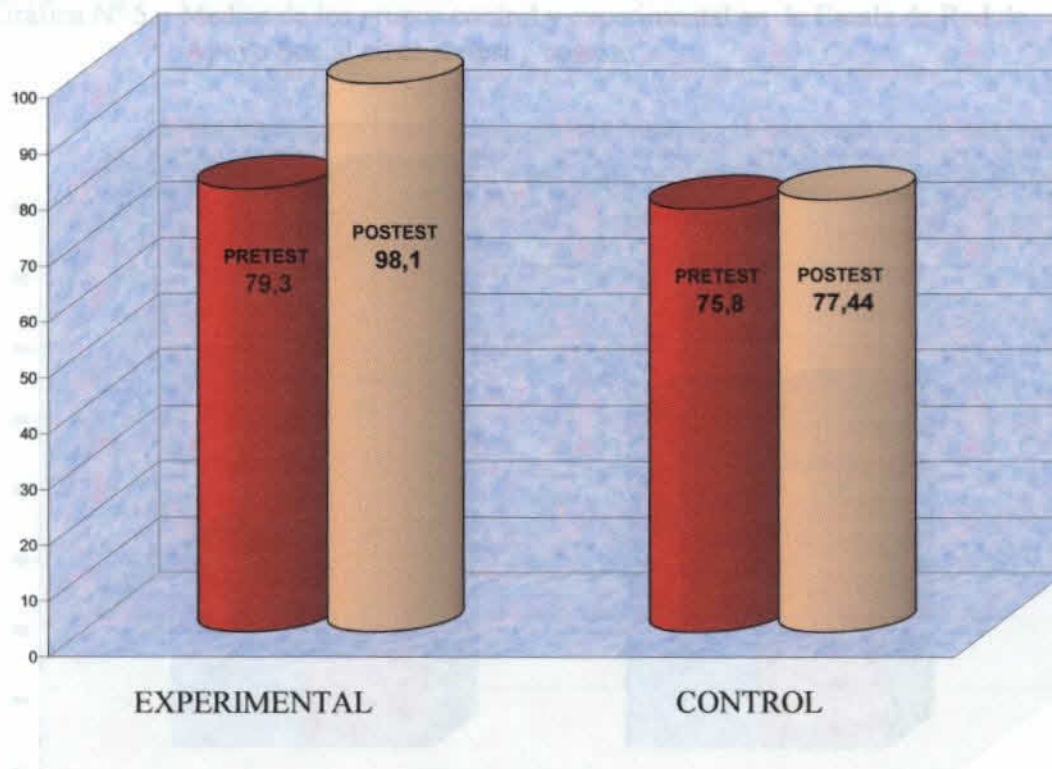
CUADRO N° XI. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE ESTRÉS DEL GRUPO C EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST.

Prueba t para medias dependientes		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	24,8	10,4
Varianza	4,62222222	6,93333333
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	11,6122319	
Valor crítico de t (una cola)	1,83311292	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$. Y como $t_o = 11,6122$ es mayor que la $t_c = 1,8331$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que los pacientes que recibieron el tratamiento, tienen niveles de estrés menores luego de finalizado el mismo. El tratamiento pareciera mejorar los síntomas de estrés de los pacientes luego de recibir el tratamiento.

4. Resultados y Análisis de la Escala de Hábitos de Salud:

Gráfica N° 4. Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Hábitos de Salud en el pretest y posttest.



La gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la escala de Hábitos de Salud de la prueba de Nowack. Los promedios, de las puntuaciones naturales, nos muestran que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de $\bar{X} = 79,3$ (\bar{X} de $T = 39,7$), el pretest de grupo control $\bar{X} = 75,8$ (\bar{X} de $T = 36,6$). Ambas puntuaciones transformadas a puntuaciones T señalan que los dos grupos practicaban hábitos de salud desfavorables antes de recibir el tratamiento. En la evaluación del posttest, el grupo experimental aumentó a $\bar{X} = 98,1$ (\bar{X} de $T = 58,7$). El grupo control disminuyó levemente $\bar{X} = 77,4$ (\bar{X} de $T = 38,2$). Estas puntuaciones transformadas a

puntuaciones T indican que el grupo experimental aumentó la práctica de los hábitos de salud a un nivel medio después de recibir el tratamiento. En cambio el grupo control, que no recibió el tratamiento, siguió practicando hábitos de salud desfavorables en el posttest.

CUADRO N° XII. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE HÁBITOS DE SALUD EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	38	60
2	45	66
3	33	46
4	-	60
5	38	66
6	34	59
7	55	59
8	39	49
9	29	56
10	33	66

Este cuadro nos muestra las puntuaciones T obtenidas en la escala de Hábitos de Salud del grupo experimental y el grupo control. Podemos observar que las puntuaciones del grupo experimental son más elevadas que las del grupo control. Sin embargo, la mitad del grupo control se mantuvo en un nivel medio en cuanto a sus hábitos de salud y los otros cinco sujetos sí lograron mejorar a buenos hábitos de salud. Se pudo observar que los sujetos presentaban dificultades para bajar de peso y adaptarse a la dieta sugerida, es posible que en el periodo del tratamiento no se lograra bajar de peso o cambiar todos los hábitos necesarios. En cambio, el grupo control presentó

puntuaciones que sugieren inadecuados hábitos de salud en 7 de sus 9 participantes y 2 presentaron puntajes que sugieren un nivel medio en sus hábitos de salud.

CUADRO N° XIII. PRUEBA *t* PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE HáBITOS DE SALUD DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST.

Prueba <i>t</i> para medias independientes		
Estadísticos	Grupo Control	Grupo Experimental
Media	77,44	98,1
Desviación Estándar	8,2630	6,3149
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	- 1,740	
T observada	- 6,1635	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = -6,1635$ es menor que la $t_c = -1,740$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental mejoró en cuanto a sus hábitos de salud con relación al grupo control. Se encontró suficiente evidencia estadística que sugiere que las medias de los grupos son diferentes.

La evidencia estadística nos indica que el tratamiento cognitivo conductual que recibió el grupo experimental ayudó a mejorar sus hábitos en cuanto a descanso, ejercicio y alimentación. A través de las sesiones se analizaban cuáles eran los obstáculos que les impedían modificar dichos hábitos, identificando las ideas irracionales asociadas con estos hábitos.

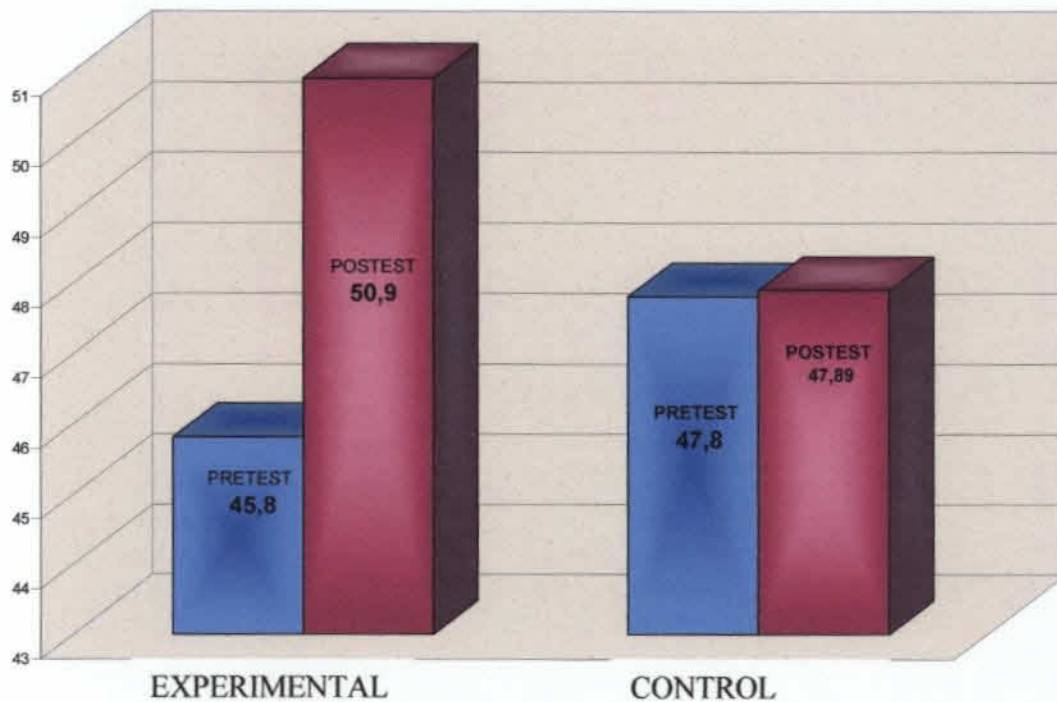
CUADRO N° XIV. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE
HÁBITOS DE SALUD DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL
PRETEST Y POSTEST.

Prueba t para medias dependientes		
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>
Media	79,3	98,1
Varianza	39,1222222	39,8777778
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	- 8,686179	
Valor crítico de t (una cola)	- 1,833112	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = -8,6861$ es menor que la $t_c = -1,8331$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que los pacientes que recibieron el tratamiento lograron mejores hábitos de salud después de finalizado el mismo, que antes de iniciarlo.

5. Resultados y Análisis de la Escala de Red de Apoyo Social:

Gráfica N° 5. Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Red de Apoyo Social en el pretest y posttest.



La Gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la escala de Red de Apoyo Social de la prueba de Nowack. Los promedios, de las puntuaciones naturales, nos mostraron que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de $\bar{x} = 45,8$ (\bar{x} de $T = 46,3$), el pretest de grupo control $\bar{x} = 47,8$ (\bar{x} de $T = 48,6$). Ambas puntuaciones transformadas a puntuaciones T señalan que los dos grupos percibieron un apoyo social a un nivel medio, antes de recibir el tratamiento. En la evaluación del posttest el grupo experimental aumentó a $\bar{x} = 50,9$ (\bar{x} de $T = 52,7$). El grupo control obtuvo una $\bar{x} = 47,89$ (\bar{x} de $T = 48,78$). Estas puntuaciones transformadas

a puntuaciones T indican que el grupo experimental, después de recibir el tratamiento, aumentó levemente su percepción del apoyo social, aunque se mantiene en un nivel medio. El grupo control, que no recibió el tratamiento, siguió experimentando una percepción del apoyo social a un nivel medio muy similar en el posttest y el pretest.

CUADRO N° XV. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE RED DE APOYO SOCIAL EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	33	32
2	31	61
3	74	69
4	-	41
5	42	62
6	58	66
7	36	37
8	55	71
9	51	49
10	59	39

Este cuadro nos presenta los resultados de las puntuaciones T obtenidas en la escala de red de apoyo social del grupo control y experimental. En cuanto al grupo experimental, logramos observar que tres de los sujetos presentaron puntuaciones que sugieren que perciben un bajo apoyo de su red social, 2 presentaron puntuaciones medias y sólo la mitad obtuvieron puntuaciones que serían consideradas altas en cuanto al apoyo que reciben de su red social.

El grupo control presentó puntuaciones parecidas ya que 3 sujetos obtuvieron puntuaciones bajas, 5 presentaron puntuaciones medias y un sujeto obtuvo puntuaciones altas en cuantos a la percepción del apoyo que reciben de su red social.

CUADRO N° XVI. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE RED DE APOYO SOCIAL DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST

Prueba t para medias independientes		
Estadísticos	Grupo Control	Grupo Experimental
Media	47,8889	50,9
Desviación Estándar	12,3536	11,9112
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	- 1,740	
T observada	- 0,5406	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = -0,5406$ es mayor que la $t_c = -1,740$ no existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Lo que nos sugiere que no existe diferencias estadísticas significativa entre la media del grupo control (47,8889) y la media del grupo experimental (50,9).

Esta prueba estadística nos indica que no hay diferencia en la forma en que ambos grupos perciben el apoyo que reciben de sus redes sociales y si observamos las puntuaciones T obtenidas por ambos grupos podemos darnos cuenta que mayormente perciben este apoyo como medio o moderado y esa situación no varió entre el pretest y el posttest. Lo que nos indica que el tratamiento pudo no ser efectivo para mejorar la percepción del apoyo social recibido por los participantes del grupo experimental.

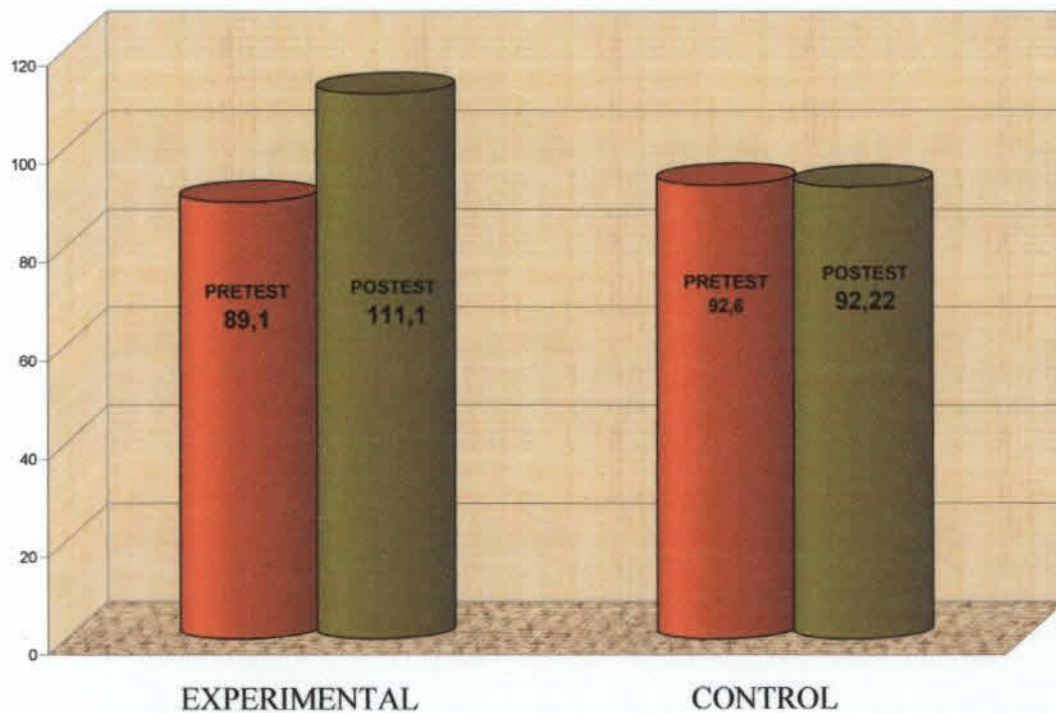
CUADRO N° XVII. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE RED DE APOYO SOCIAL DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST.

Prueba t para medias dependientes		
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>
Media	45,8	50,9
Varianza	133,511111	141,877778
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	-1,1120584	
Valor crítico de t (una cola)	-1,8331122	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = -1,1120$ es mayor que la $t_c = -1,8331$ no existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, es decir que la percepción de los pacientes que recibieron el tratamiento, no mejoró después de recibir la Psicoterapia con relación a antes de haberla recibido.

6. Resultados y Análisis de la Escala de Fuerza Cognitiva:

Gráfica N ° 6. Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Fuerza Cognitiva en el pretest y postest.



La gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la escala de Fuerza cognitiva de la prueba de Nowack. Los promedios, de las puntuaciones naturales, nos muestran que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de $\bar{x} = 89,1$ (\bar{x} de $T = 37,4$), el pretest de grupo control $\bar{x}=92,6$ (\bar{x} de $T = 40$). Ambas puntuaciones transformadas a puntuaciones T señalan que ambos grupos presentan un nivel de Fuerza Cognitiva desfavorable para la salud, antes de recibir el tratamiento. En la evaluación del postest el grupo experimental aumentó a $\bar{x}= 111,1$ (\bar{x} de $T = 53,9$). El grupo control mantuvo una $\bar{x}= 92,2(\bar{x}$ de $T = 39,67$). Estas puntuaciones

transformadas a puntuaciones T indican que el grupo experimental mejoró su Fuerza Cognitiva a un nivel medio o moderado. En cambio el grupo control, que no recibió el tratamiento, mantuvo una Fuerza cognitiva desfavorable a la salud, en el postest.

CUADRO N° XVIII. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE FUERZA COGNITIVA EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	37	59
2	34	51
3	45	58
4	-	50
5	36	61
6	39	47
7	44	59
8	33	49
9	52	44
10	37	61

Este cuadro nos muestra las puntuaciones T obtenidas en la escala de Fuerza cognitiva en el grupo control y experimental. En el grupo experimental podemos observar que 8 sujetos presentaron puntuaciones que sugieren una moderada fuerza cognitiva y dos presentaron puntuaciones que sugieren una elevada fuerza cognitiva.

En el grupo control, 6 sujetos presentaron puntuaciones que sugieren una baja fuerza cognitiva y tres obtuvieron puntuaciones de una moderada fuerza cognitiva.

CUADRO N° XIX. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE FUERZA COGNOTIVA DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST

Prueba t para medias independientes		
Estadísticos	Grupo control	Grupo Experimental
Media	92,2222	111,1
Desviación Estándar	8,8991	7,3250
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	- 1,740	
T observada	- 5,0718	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = -5,0718$ es menor que la $t_c = -1,740$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental presentó mayor fuerza cognitiva que el grupo control. Tenemos suficiente evidencia estadística que nos indica que la media del grupo experimental (111,1) es mayor que la media del grupo control (92,2222)

Tanto las diferencias en las medias de los grupos como las puntuaciones T, que son mayores en el grupo experimental como en el grupo control son indicadores de que el tratamiento ayudó a los pacientes a mejorar su fuerza cognitiva con relación al grupo que no recibió el tratamiento. Entre los beneficios del tratamiento está que los ayudó a mejorar la forma en que los acontecimientos afectaban sus vidas, encontrando formas más efectivas de enfrentar los problemas que se les presentaran, utilizando diversas estrategias para resolver y encarar los conflictos cotidianos. Aunque el tratamiento no trabajaba directamente sobre la fuerza cognitiva, sí ayudaba a enfrentar y resolver conflictos.

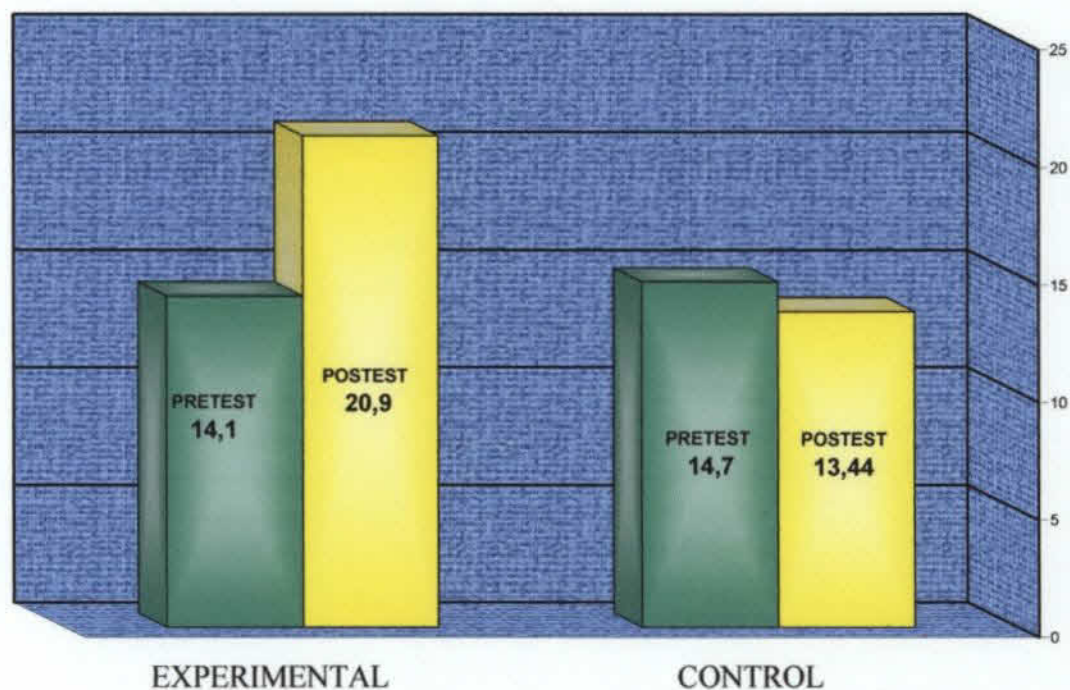
CUADRO N° XX. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE FUERZA COGNITIVA DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST.

Prueba t para medias dependientes		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	89,1	111,1
Varianza	85,4333333	53,6555556
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	- 7,279608	
Valor crítico de t (una cola)	- 1,833112	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = - 7,2796$ es menor que la $t_c = - 1,8331$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que la fuerza cognitiva es mayor en los pacientes que recibieron el tratamiento, una vez finalizado el mismo que antes de recibirlo.

7. Resultados y Análisis de la Escala de Valoración Positiva:

Gráfica N ° 7. Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Valoración Positiva en el pretest y posttest.



La gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la escala de Valoración Positiva de la prueba de Nowack. Los promedios, de las puntuaciones naturales, nos mostró que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de $\bar{x} = 14,1$ (\bar{x} de $T = 42$), el pretest de grupo control $\bar{x} = 14,7$ (\bar{x} de $T = 42,7$). Ambas puntuaciones transformadas a puntuaciones T señalan que los dos grupos, antes de recibir el tratamiento, practicaban el estilo de afrontamiento de valoración positiva para minimizar el estrés, de forma moderada. En la evaluación del posttest el grupo experimental aumentó a $\bar{x} = 20,9$ (\bar{x} de $T = 64,2$). El grupo control disminuyó levemente $\bar{x} = 13,44$ (\bar{x} de $T = 38,89$). Estas puntuaciones transformadas a puntuaciones

T indican que el grupo experimental aumentó la práctica del estilo de afrontamiento de valoración positiva a un nivel favorable para la salud, después de recibir el tratamiento. En cambio el grupo control, que no recibió el tratamiento, siguió practicando de forma moderada este estilo de afrontamiento, en el posttest.

CUADRO N° XXI. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE VALORACIÓN POSITIVA EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	40	65
2	31	47
3	43	68
4	-	58
5	28	65
6	55	68
7	51	62
8	25	73
9	40	65
10	37	71

La gráfica nos presenta los resultados de las puntuaciones T obtenidas por el grupo control y experimental en la escala de valoración positiva.

Las puntuaciones T del grupo experimental son mayores a las obtenidas por el grupo control. Solo dos de los sujetos obtuvieron puntuaciones medias, los 8 restantes presentaron puntuaciones por encima de 60; lo que nos indica el uso frecuente de la valoración positiva como estrategia de afrontamiento. En cambio el grupo control

continuó presentando puntuaciones de moderadas (3 sujetos) a bajas (6 sujetos) en el uso de esta estrategia de afrontamiento.

CUADRO N° XXII. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE VALORACIÓN POSITIVA DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST

Prueba t para medias independientes		
Estadísticos	Grupo Control	Grupo Experimental
Media	13,4444	20,9
Desviación Estándar	3,0459	2,2336
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	-1,740	
T observada	-6,1302	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = -6,1302$ es menor que la $t_c = -1,740$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental utilizó con mayor frecuencia que el grupo control la estrategia de afrontamiento de valoración positiva, existe suficiente evidencia estadística que indica que la media del grupo experimental (20,9) es mayor que la del grupo control (13,4444)

Las puntuaciones T obtenidas por los grupos y la evidencia estadística de la prueba t nos indican que el grupo que recibió el tratamiento utilizó con mayor frecuencia la valoración positiva, como estrategia de afrontamiento, que el grupo que no recibió dicho tratamiento.

Podemos sugerir que el tratamiento recibido ayudó a los pacientes a mejorar la forma en que enfrentan el estrés, utilizando la concentración en los aspectos positivos de

una situación, buscando dentro de sus experiencias anteriores situaciones efectivas de afrontamiento, motivándose ellos mismo y siendo más asertivos en sus acciones.

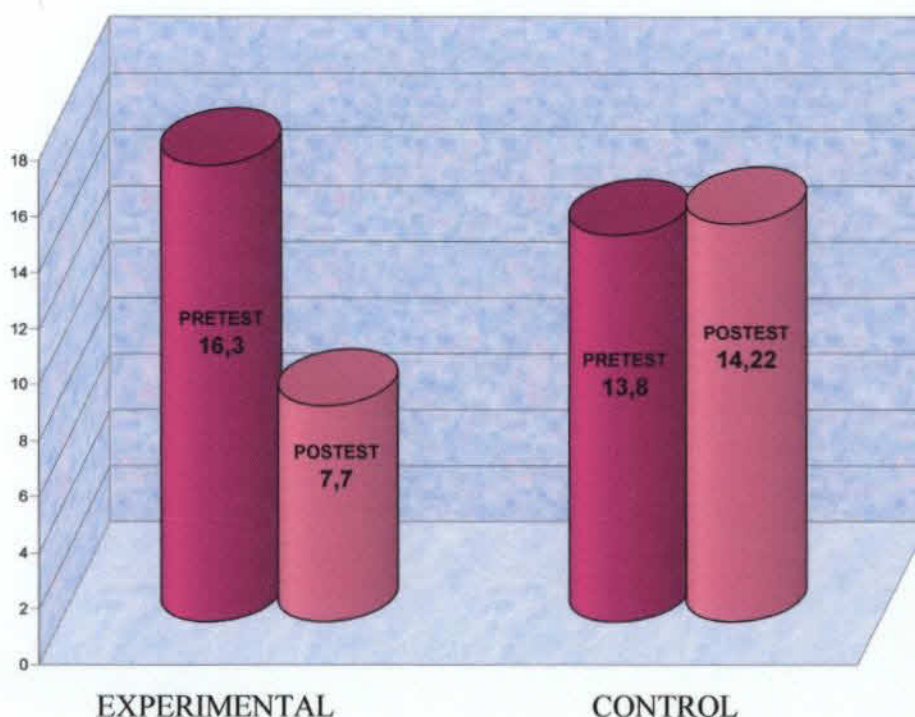
CUADRO N° XXIII. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE VALORACIÓN POSITIVA DEL EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST

Prueba t para medias dependientes		
	pretest	Postest
Media	14,1	20,9
Varianza	16,9888889	4,98888889
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	- 9,350324	
Valor crítico de t (una cola)	- 1,833112	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = - 9,350324$ es menor que la $t_c = - 1,8331$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental utilizó con mayor frecuencia después de recibir el tratamiento el estilo de afrontamiento de valoración positiva, que antes de recibirlo.

8. Resultados y Análisis de la Escala de Valoración Negativa:

Gráfica N° 8. Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Valoración Negativa en el pretest y postest.



La gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la escala de Valoración Negativa de la prueba de Nowack. Los promedios, de las puntuaciones naturales, nos muestran que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de $\bar{X} = 16,3$ (\bar{X} de $T = 58,2$), el pretest de grupo control $\bar{X} = 13,8$ (\bar{X} de $T = 50,1$). Ambas puntuaciones transformadas a puntuaciones T señalan que los dos grupos, antes de recibir el tratamiento, practicaban el estilo de afrontamiento de valoración negativa para minimizar el estrés, de forma moderada. En la evaluación del posttest el grupo

experimental disminuyó a $\bar{x} = 7,7$ (\bar{x} de $T = 29,2$). Y el grupo control aumentó a $\bar{x} = 14,22$ (\bar{x} de $T = 51,56$). Estas puntuaciones transformadas a puntuaciones T indican que el grupo experimental disminuyó la práctica de del estilo de afrontamiento de valoración negativa a un nivel favorable para la salud, después de recibir el tratamiento. En cambio el grupo control, que no recibió el tratamiento, siguió practicando de forma moderada este estilo de afrontamiento, en el posttest.

CUADRO N° XXIV. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL, EN LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE VALORACIÓN NEGATIVA EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	51	24
2	55	30
3	24	33
4	-	27
5	40	24
6	67	33
7	61	27
8	58	24
9	64	37
10	44	33

Este cuadro nos muestra las puntuaciones T obtenidas por los sujetos del grupo control y experimental en la escala de valoración negativa.

En el grupo experimental todos los sujetos presentaron puntuaciones inferiores a 40 en el posttest, lo que implicaría un uso bajo de la estrategia de afrontamiento de valoración negativa.

En el grupo control 4 sujetos presentaron puntuaciones entre 41 y 59 lo que indica su uso moderado de esta estrategia. Un sujeto obtuvo una puntuación de 24 y otro de 40, lo que sugiere un uso poco frecuente, y 3 sujetos presentaron puntuaciones por encima de 60 que señala un uso frecuente de la estrategia de valoración negativa.

CUADRO N° XXV. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE VALORACIÓN NEGATIVA DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST

Prueba t para medias independientes		
Estadísticos	Grupo Control	Grupo Experimental
Media	14,2222	7,7
Desviación Estándar	4,0552	1,4944
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	1,740	
T observada	5,4329	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$. Y como $t_o = 5,4329$ es mayor que la $t_c = 1,740$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental utilizó con menor frecuencia la estrategia de afrontamiento de valoración negativa.

Existe suficiente evidencia estadística para afirmar que las media del grupo experimental (7,7) y la del grupo control (14,2222) son estadísticamente diferentes, siendo menor la media del grupo experimental.

Las puntuaciones T y la prueba estadística nos sugieren que el grupo que recibió el tratamiento mejoró en cuanto a la forma de afrontamiento que utilizan, ya que en comparación con el grupo control utilizó con menor frecuencia la valoración negativa, recurriendo con menor frecuencia a la autoculpabilización y la crítica. Los pacientes del

grupo experimental pudieron identificar los pensamientos catastróficos y dejar de utilizarlos en su manejo de las situaciones estresantes. El uso de formas adecuadas de afrontar los problemas y resolverlos puede haber influido en ser menos negativos al poder tener alternativas más realistas.

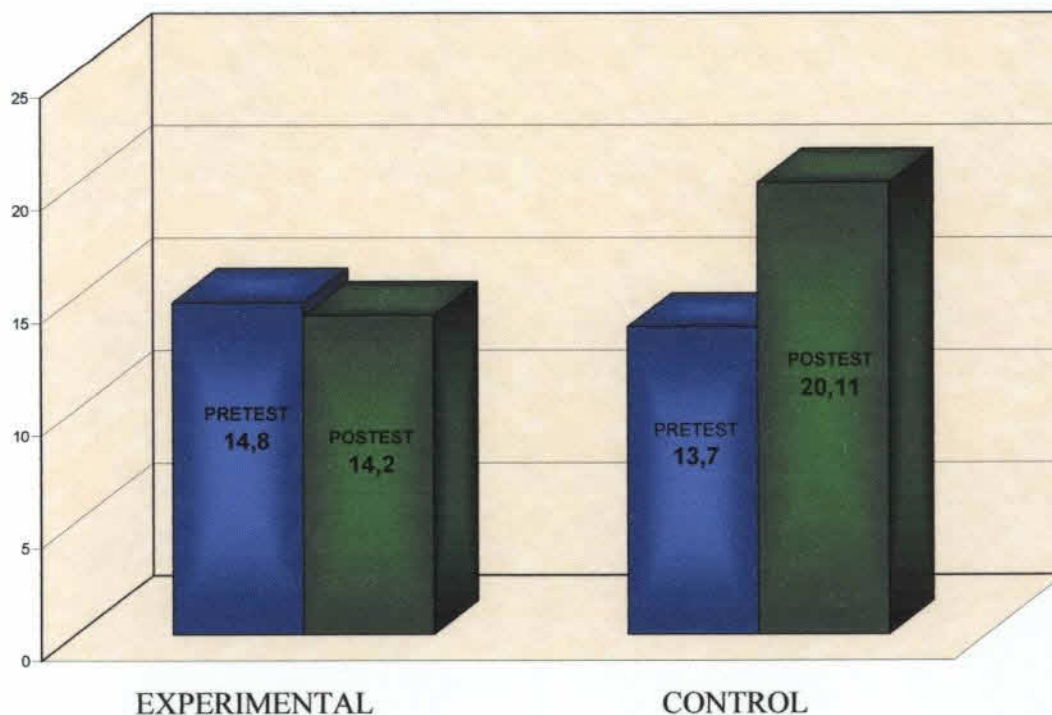
CUADRO N° XXVI. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE VALORACIÓN NEGATIVA DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST

Prueba t para medias dependientes		
	<i>pretest</i>	<i>Postest</i>
Media	16,3	7,7
Varianza	9,56666667	2,23333333
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	7,90949748	
Valor crítico de t (una cola)	1,83311292	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$. Y como $t_o = 7,9095$ es mayor que la $t_c = 1,8331$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental utilizará con menor frecuencia la estrategia de afrontamiento de valoración negativa después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

9. Resultados y Análisis de la Escala de Minimización de la Amenaza

Gráfica N° 9. Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Minimización de la Amenaza en el pretest y postest.



La gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la escala de Minimización de la Amenaza de la prueba de Nowack. Los promedios, de las puntuaciones naturales, nos muestran que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de $\bar{x} = 14,8$ (\bar{x} de $T = 48,3$), el pretest del grupo control fue una media de $\bar{x} = 13,7$ (\bar{x} de $T = 44,5$). Ambas puntuaciones transformadas a puntuaciones T señalan que los dos grupos, antes de recibir el tratamiento, practicaban, moderadamente, el estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza, como forma de manejar el estrés. En la evaluación del posttest el grupo experimental disminuyó levemente a $\bar{x} = 14,2$ (\bar{x} de $T = 46,8$). El grupo control aumentó a $\bar{x} = 20,11$ (\bar{x} de $T = 68,22$). Estas puntuaciones

transformadas a puntuaciones 1 indican que el grupo experimental siguió practicando de forma moderada el estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza, después de recibir el tratamiento. En cambio el grupo control, que no recibió el tratamiento, aumentó a un nivel desfavorable para la salud este estilo de afrontamiento, en el posttest.

CUADRO N° XXVII. COMPARACION DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE MINIMIZACIÓN DE LA AMENAZA EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	64	31
2	78	68
3	68	60
4	-	45
5	64	49
6	72	28
7	68	41
8	60	31
9	72	53
10	68	57

Este cuadro nos muestra las puntuaciones T obtenidas por el grupo control y experimental en la escala de minimización de la amenaza.

En el grupo experimental 2 sujetos presentaron puntuaciones de 60 ó más lo que sugiere un uso frecuente de la estrategia de minimización de la amenaza lo que no favorece la salud, 5 presentaron puntuaciones entre 41 y 59 lo que sugiere un uso moderado de esta estrategia y 3 presentaron puntuaciones inferiores a 40 lo que indica un uso poco frecuente de la estrategia lo que es favorable a la salud.

El grupo control presentó en su totalidad un uso frecuente de esta estrategia.

CUADRO N° XXVIII. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE MINIMIZACIÓN DE LA AMENAZA DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST

Prueba t para medias independientes		
Estadísticos	Grupo Control	Grupo Experimental
Media	20,11	14,2
Desviación Estándar	2,1111	13,7333
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	1,740	
T observada	4,4746	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$. Y como $t_o = 4,4746$ es mayor que la $t_c = 1,740$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental utilizó con menor frecuencia el estilo de afrontamiento de minimización de la amenaza que el grupo control. Existe suficiente evidencia estadística que indica que la media del grupo experimental (14,2) es diferente estadísticamente a la media del grupo control (20,11), siendo la del grupo experimental menor.

Las puntuaciones T nos sugieren que el grupo experimental aunque utiliza con menor frecuencia la minimización de la amenaza como estrategia de afrontamiento que el grupo control, pero no logró disminuir la minimización de la amenaza a un nivel favorable a la salud, ya que varios de los sujetos aún la utilizan moderadamente.

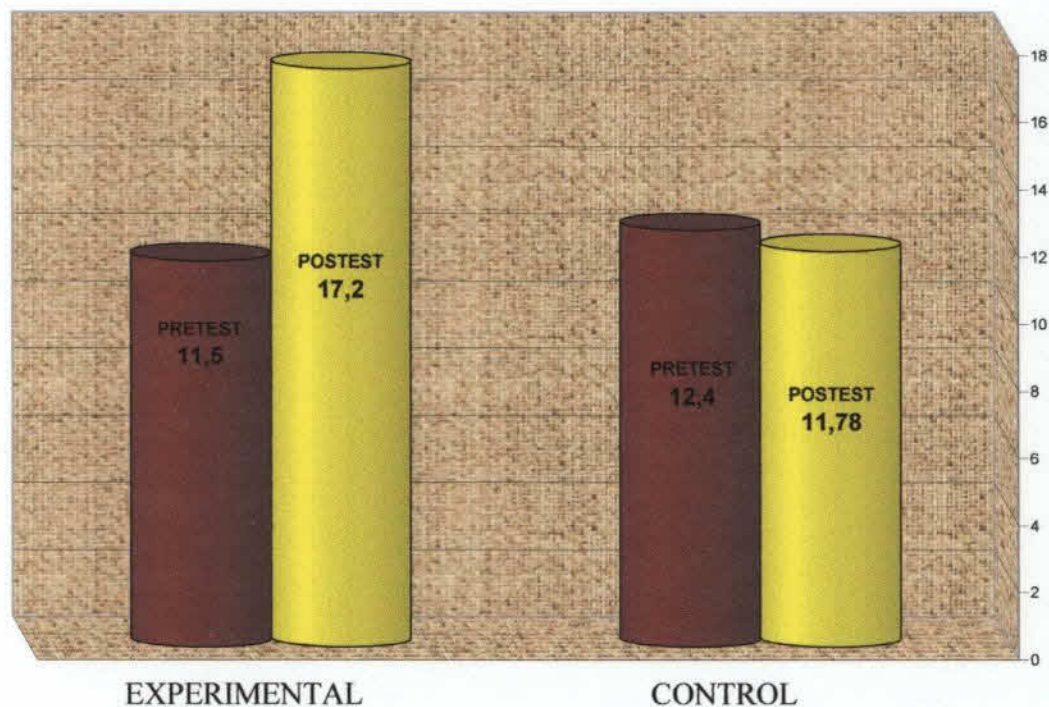
CUADRO N° XXIX. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE MINIMIZACIÓN DE LA AMENAZA DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST

Prueba t para medias dependientes		
	Pretest	Posttest
Media	14,8	14,2
Varianza	7,95555556	13,73333333
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	0,41691695	
Valor crítico de t (una cola)	1,83311292	

Se rechaza H_0 si $t_o > t_c$. Y como $t_o = 0,4169$ es menor que la $t_c = 1,8331$ no existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Lo que nos sugiere que no existe diferencias estadísticas significativa entre la media del grupo experimental antes de recibir el tratamiento y la media del grupo experimental después de recibir el tratamiento.

10. Resultados y Análisis de la Escala de Concentración en el Problema:

Gráfica N° 10. Medias de los grupos control y experimental en la Escala de Concentración en el Problema en el pretest y posttest.



La gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la escala de Concentración en el Problema de la prueba de Nowack. Los promedios, de las puntuaciones naturales, nos muestran que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de $\bar{x} = 11,5$ (\bar{x} de $T = 40,4$), el pretest de grupo control $\bar{x} = 12,4$ (\bar{x} de $T = 45$). Ambas puntuaciones transformadas a puntuaciones T señalan que el grupo experimental, antes de recibir el tratamiento, practicaba el estilo de afrontamiento de concentración en el problema, para minimizar el estrés, de forma desfavorable para la salud. El grupo control utilizaba este estilo de afrontamiento de forma moderada. En la evaluación del posttest el grupo experimental aumentó a $\bar{x} = 17,2$ (\bar{x} de $T = 65,3$). El grupo control

disminuyó levemente $\bar{x} = 11,78$ (\bar{x} de $T = 42,33$). Estas puntuaciones transformadas a puntuaciones T indican que el grupo experimental aumentó la práctica de del estilo de afrontamiento de concentración en el problema a un nivel favorable para la salud, después de recibir el tratamiento. En cambio el grupo control, que no recibió el tratamiento, siguió practicando de forma moderada este estilo de afrontamiento, en el posttest.

CUADRO N° XXX. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	34	69
2	61	61
3	66	76
4	-	66
5	30	69
6	66	61
7	26	72
8	34	47
9	38	76
10	26	56

Este cuadro presenta las puntuaciones T del grupo control y experimental en la escala de concentración en el problema en el posttest.

El grupo experimental, después de recibir el tratamiento, presentó en su mayoría (8 de 10) puntuaciones de 60 o más lo que sugiere que estos sujetos utilizan frecuentemente la estrategia de concentración en el problema, los dos sujetos restantes presentaron puntuaciones entre 41 y 59 lo que sugiere un uso moderado de la estrategia.

En el grupo control, se pudo observar que 3 sujetos presentaban una alta frecuencia en la utilización de esta estrategia, y los 6 restantes la utilizaban muy poco.

CUADRO N° XXXI. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST.

Prueba t para medias independientes		
Estadísticos	Grupo Control	Grupo Experimental
Media	11,7778	17,3
Desviación Estándar	3,8006	2,4060
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	- 1,740	
T observada	- 3.8271	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = - 3,8271$ es menor que la $t_c = - 1,740$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental utilizó con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento de concentración en el problema que el grupo control. Existe suficiente evidencia estadística para suponer que las medias de los grupos son diferentes. Encontramos una media del grupo experimental de 17.3 estadísticamente mayor que la media del grupo control de 11,7778.

Las puntuaciones T y el estadístico utilizado nos sugieren que, como se planteó en la hipótesis, el grupo experimental logró concentrarse en los aspectos reales de sus problemas, y a través de las técnicas utilizadas en la terapia pudo elaborar planes específicos para mejorar sus conductas o las situaciones que les ocasionaban estrés.

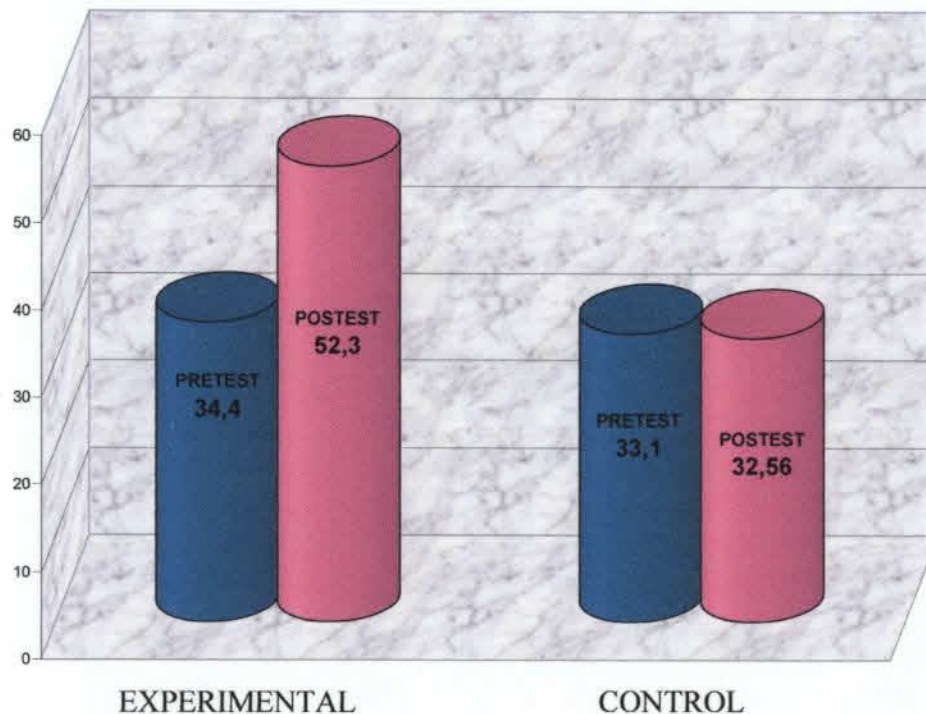
CUADRO N° XXXII. PRUEBA t PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST.

Prueba t para medias dependientes		
	Pretest	Postest
Media	11,5	17,2
Varianza	4,94444444	5,06666667
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	-10,5846343	
Valor crítico de t (una cola)	-1,83311292	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = -10,5846$ es menor que la $t_c = -1,8331$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental utilizó con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento de concentración en el problema después de haber recibido el tratamiento que antes de recibirlo.

11. Resultados y Análisis de la Escala de Bienestar Psicológico:

GRÁFICA N° 11. MEDIAS DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL PRETEST Y POSTEST.



La gráfica nos muestra las estadísticas del grupo control y experimental en la escala de Bienestar Psicológico de la prueba de Nowack. Los promedios, de las puntuaciones naturales, nos mostró que en el pretest el grupo experimental obtuvo una media de $\bar{x} = 34,4$ (\bar{x} de $T = 40$), el pretest de grupo control $\bar{x} = 33,1$ (\bar{x} de $T = 38,1$). Las puntuaciones naturales transformadas a puntuaciones T señalan que los dos grupos, antes de recibir el tratamiento, experimentaban un bienestar psicológico, a un nivel desfavorable para la salud. En la evaluación del posttest el grupo experimental aumentó a $\bar{x} = 52,3$ (\bar{x} de $T = 64,6$). El grupo control disminuyó levemente $\bar{x} = 32,56$ (\bar{x} de $T = 37,1$).

T = 37,44). Estas puntuaciones transformadas a puntuaciones T indican que el grupo experimental aumentó su bienestar psicológico a un nivel favorable para la salud, después de recibir el tratamiento. En cambio el grupo control, que no recibió el tratamiento, siguió presentando un bienestar psicológico desfavorable para la salud, en el posttest.

CUADRO N° XXXIII. COMPARACIÓN DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL POSTEST

SUJETOS	PUNTUACIONES	
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
1	40	65
2	26	70
3	43	74
4	-	58
5	36	60
6	28	62
7	36	74
8	37	63
9	49	58
10	42	62

Este cuadro representa las puntuaciones T del grupo control y experimental en la escala de bienestar psicológico.

El grupo experimental presentó puntajes mayores que el grupo control en dicha escala. Podemos observar que 8 de los sujetos obtuvieron puntajes de 60 ó más lo que indica un elevado nivel de bienestar psicológico, solo dos sujetos presentaron puntuaciones de un nivel moderado de bienestar psicológico.

En el grupo control se observaron puntuaciones por debajo de 40 en 5 de los sujetos que sugieren un nivel bajo de bienestar psicológico. Y 4 presentaron niveles moderados de bienestar psicológico.

CUADRO N° XXXIV. PRUEBA t PARA MEDIAS INDEPENDIENTES. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL EN EL POSTEST.

Prueba t para medias independientes del posttest		
Estadísticos	Grupo Control	Grupo Experimental
Media	32,5555	52,3
Desviación Estándar	32,7778	18,2333
Observaciones	9	10
Grados de libertad	8	9
T crítico una cola	- 1,740	
T observada	- 8,5812	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = - 8,5812$ es menor que la $t_c = - 1,740$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental presenta un nivel más elevado de bienestar psicológico que el grupo control. Existe suficiente evidencia estadística que sugiere que la media de los grupos es diferente, siendo la media del grupo experimental (52,3) estadísticamente mayor que la media del grupo control (32,5555).

Los puntajes T observados en la escala y la prueba estadística utilizada nos indican que el grupo experimental puede experimentar mayor bienestar psicológico luego de haber recibido el tratamiento que el grupo que no lo recibió. Por lo que el tratamiento parece efectivo para que los sujetos sean más ecuanímenes valorando de una forma más realistas las situaciones.

CUADRO N° XXXV. PRUEBA *t* PARA MEDIAS DEPENDIENTES. ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRETEST Y POSTEST.

Prueba <i>t</i> para medias dependientes		
	<i>Pretest</i>	<i>postest</i>
Media	34,4	52,3
Varianza	34,9333333	18,2333333
Observaciones	10	10
Coefficiente de correlación de Pearson	0,83120172	
Grados de libertad	9	
Estadístico <i>t</i>	- 16,90552	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	- 1,833112	

Se rechaza H_0 si $t_o < t_c$. Y como $t_o = -16,9055$ es menor que la $t_c = -1,8331$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que nos dice que el grupo experimental presenta un nivel más elevado de bienestar psicológico después de recibir el tratamiento que antes de recibirlo.

CONCLUSIONES

Una vez finalizada esta investigación es importante destacar algunos puntos que han surgido como conclusión del mismo:

1. La Terapia Cognitivo Conductual que se utilizó como tratamiento al grupo experimental pudo lograr que los pacientes redujeran sus niveles de ansiedad y estrés. Estos pacientes mejoraron la adaptación y presentaron mejoría clínica en su enfermedad, es decir, asistieron a los controles de salud, cambiaron algunos hábitos perjudiciales, como: la ingesta de sal, alcohol tabaco, se disminuyó el consumo de algunos alimentos perjudiciales. En comparación, con el grupo control que no recibió el tratamiento, cuyos niveles de estrés y ansiedad se mantuvieron y no lograron cambiar en aspectos como la adaptación y la mejoría clínica.
2. El tratamiento aunque mejoró algunos hábitos alimenticios como la ingesta de grasas, estimulantes como la cafeína y el alcohol y el consumo de sal, no se observó un cambio completo en cuanto a la alimentación y el ejercicio. Es posible que al carecer de información completa sobre dietas o regímenes no lograran modificar sus pensamientos en cuanto a la posibilidad de alternativas alimenticias más sanas.

3. La percepción del apoyo social de los pacientes que recibieron el tratamiento, no logró modificarse una vez finalizado el mismo, aunque esta área nos puede indicar el apoyo que recibió de su medio laboral, escolar o familiar-afectivo, las investigaciones demuestran que el apoyo real no es tan significativo para la salud como la percepción que tienen los pacientes de éste, en el caso de los pacientes del grupo experimental se observa que el apoyo real no es efectivo y los parientes y grupos no apoyan en los cambios necesarios que necesitan realizar, lo que evita que mejoren algunos hábitos, especialmente los alimenticios.
4. En cuanto a las estrategias de manejo del estrés, esta investigación arroja información que sugiere que el grupo que recibe tratamiento, mejoró la forma en que maneja su estrés utilizando con mayor frecuencia la valoración positiva y la concentración en el problema. El grupo experimental disminuyó el uso de la valoración negativa y la minimización de la amenaza. Con estas estrategias los participantes de la terapia están en mayor capacidad de lidiar con situaciones que perciban como amenazantes para su salud, aprendiendo a buscar otros medios para resolver sus conflictos, sean de salud o personal. El Programa Cognitivo Conductual se enfocó en que los participantes identificaran las principales estrategias que utilizaban de forma negativa para manejar el estrés lo que contribuyó a que aumentaran las estrategias positivas y disminuyeran las negativas.
5. En cuanto a la estrategia de manejo concerniente a la minimización de la amenaza se pudo observar que los pacientes del grupo control no lograron dejar de utilizar esta estrategia de forma significativa, es posible que influyera cierto

factor cultural, ya que en las sesiones grupales continuamente hacían bromas o descartaba la importancia de la enfermedad, y a pesar de que se le hacía referencia a este uso no lograron disminuirlo. Además el hecho de que el grupo control aumentó el uso de la estrategia sugiere que es muy común el uso cuando las situaciones no tienden a mejorar.

6. La fuerza cognitiva de los pacientes mejoró luego que recibieron el tratamiento en comparación con el grupo que no lo recibió. Este aspecto ayudó a que experimentaran las situaciones como positivas y les permitió manejar el estrés y la ansiedad con mayor eficacia por consiguiente, lograron un mejor manejo y solución de los problemas que enfrentaron.
7. El Bienestar Psicológico, aunque no se trataba directamente en el tratamiento terapéutico, el abordaje de experiencias de bienestar, el hecho de que asumieran el control de su enfermedad como algo completamente manejable, que no tenía porque afectar sus estilos de vida, cambiando distorsiones cognitivas que los afectaban, les permitió mejorar el bienestar general que experimentaron.
8. Estos resultados apoyan lo expuesto en el Capítulo I sobre la necesidad de un abordaje integral para las enfermedades crónicas, como la hipertensión. Podemos ver la importancia del control de la enfermedad y los cambios que se operan en las personas que padecen hipertensión, que recibieron el tratamiento grupal y las que no lo recibieron. El abordaje terapéutico, con la terapia cognitivo conductual, ayuda a los pacientes a identificar todas esas cogniciones equivocadas, que les hacen daño para el control de su enfermedad.

RECOMENDACIONES

A partir de los hechos encontrados en la investigación podemos sugerir algunas recomendaciones:

1. La formación de grupos terapéuticos con pacientes de enfermedades crónicas en especial de hipertensos, debe darse en general, a todos los pacientes que no hayan mejorado su condición de salud y que participen o no del programa de salud de Adultos. Incluyendo, como parte indispensable del abordaje de enfermedades crónicas, la participación del Psicólogo Clínico, para que se puedan manejar todas las causas psicológicas que se puedan presentar, tanto en el origen como en el curso de los trastornos crónicos.
2. Establecer un equipo multidisciplinario que pueda abordar en conjunto asesorías alimenticias o nutricionales, ejercicio físico, entre otras, para que se logren mejores resultados en cuanto a los nuevos hábitos que se desean adquirir.
3. Incluir dentro de las actividades que se pueden realizar con los pacientes al menos una sesión en la que se pueda trabajar con los familiares de los pacientes, con el fin de aumentar el apoyo que reciben por parte de su red de apoyo.

4. Extender la oferta de psicoterapia Cognitiva Conductual a otras enfermedades crónicas, con el fin de ofrecer otras alternativas terapéuticas que ayuden a mantener la salud o evitar complicaciones en el tratamiento y el desarrollo de patologías más agudas.
5. Establecer un programa preventivo sobre la relevancia que juegan los factores psicológicos en el curso y cronicidad de enfermedades crónicas o graves. Estas estrategias de divulgación y de prevención se pueden fundamentar en la importancia para estos pacientes de un manejo adecuado de sus emociones. Además, la información general sobre las diferentes patologías.
6. Revisar y mejorar el programa para que se pueda lograr con mayor eficacia la reducción de los síntomas de estrés y ansiedad hasta niveles favorables para la salud. Se pueden aumentar las sesiones terapéuticas, haciendo énfasis en los síntomas de ansiedad, establecer sesiones de seguimiento o monitoreo para que los beneficios obtenidos se mantengan y no se den recaídas en el proceso, y en los casos de pacientes resistentes establecer sesiones individuales para un abordaje completo
7. Revisar el Programa, modificando aspectos como el horario escogido para los grupos. puede realizarse con mayor facilidad en las tardes. Algunas consideraciones a mejorar podrían ser el establecer más similitudes entre los grupos de terapia grupal como la edad y el nivel académico, que puede influir por la forma en que manejan la información y las tareas que se les asignan.



BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- ARON, A. Y ARON, E. 2001. Estadística para Psicología. 1ª ed. Pearson Education. Buenos Aires, Argentina. 704 págs.
- BARRIER, P.A., LI, J.T. y JENSEN, N.M. 2003. 'Two Words to Improve Physician-patient Communication: What else?' Edit. Mayo Clin Proc. NY. 211 págs.
- BELLOCH, A., SANDIN, B. y RAMOS, F. 1997. Manual de Psicopatología. Volumen I y II. McGraw Hill Interamericana. España. 613 págs.
- BERNSTEIN, D.A., y NIETZEL, M.T. 2002. Introducción a la Psicología Clínica. McGraw-Hill, España. 662 Págs.
- BECK, A., y ENGLER, B. 1996. Introducción a las Teorías de Personalidad. 4ta. Edición. Editorial McGraw-Hill. México, D.F. 558 págs.
- BECK, J. 2000. Terapia Cognitiva y Conceptos Básicos y Profundización. Editorial Gedisa, España. 395 págs.
- CABALLO, V.E. 1997. Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. 1ª Edición. Siglo XXI, España Editores, S.A. Madrid 750 págs.
- COOPER, K. II., 1990. Control de la Hipertensión. 1ª Edición. Ediciones CEAC, S.A., Barcelona España. 397 págs.
- CHÁVEZ, I. 1984. Hipertensión Arterial Esencial Fisiopatología, Clínica y Tratamiento. Tomo I Ediciones Croissiers, S.A. México D.F.
- ELLIS, A., y DRYDEN, W. 1989. Práctica de la Terapia Racional Emotiva. 1ª Edición. Editorial Desclée de Brouwen, S.A., España 242 págs.
- FELDMAN, R. 2002. Psicología: Con Aplicaciones en Países de Habla Hispana. 4ta. Edición. McGraw-Hill, México, 757 págs.

- HALGIN, R. Y KRAUSS, S. 2004. Psicología de la Anormalidad. Perspectivas Clínicas Sobre Desórdenes Psicológicos. 4ta. Edición. McGraw-Hill, Interamericana Editores. S.A. México 666 págs.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA, P. 1985. Metodología de la Investigación. McGraw Hill. México. 501 págs.
- KAZDIN, A.E. 2001. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Tercera Edición. Prentice Hall. México 524 págs.
- LAZARUS, R.S. 1982. La Personalidad y sus Ajustes. 1ª Edición en Español. Editorial Unión Tipográfica. Editorial Hispanoamericana. México 214 págs.
- LAZARUS, R.S., 2000. Estrés y Emoción. Manejo e Implicaciones en Nuestra Salud. Editorial Declée de Brower, S.A. España. 327 págs.
- MAHONEY, M.J. y ARNKOFF, D.B. 1978. Cognitive and Self-Control Therapies. En: S.L. Garfield . Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: and Empirical Analysis. New York.
- MCKAY, M., DAVIS, M. y FANNING, P. 1985. Técnicas Cognitivas para el Tratamiento de Estrés. Ediciones Martínez Roca, S.A. México.
- PEURIFOY, R. 1999. Cómo Vencer la Ansiedad. Un Programa Revolucionario para Eliminarla Definitivamente. Editorial Declée de Brouwer, S.A., España, 181 págs.
- REYNOSO, L. y SELIGSON, I. 2005. Psicología Clínica de la salud. Un Enfoque Conductual. Manual Moderno S.A. México. 210 págs.
- SIMÓN, M.A. 1993. Psicología de la Salud Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención. Ediciones Pirámides, S.A. Madrid.

PUBLICACIONES

Evolución de los Hallazgos en la Enfermedad Arterial Coronaria. 2002. Pfizer, S.A., de C.V. México 10 págs.

Guías Para la Prevención y Manejo de la Hipertensión Arterial. (HTA). Séptimo Informe del Comité Nacional de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2003.

Guía de Atención. 2001. Programa de Salud De Adultos. C.S.S. Panamá.

Guías de Intervención en Promoción y Prevención en Salud. 2006. C.S.S. Panamá. 100 págs.

TESIS

BARRIOS, M.I. 2005. Manejo del Estrés y de la Ansiedad en un Grupo de pacientes Diabéticos. Un Abordaje cognitivo Conductual. Miraflores, Panamá. Tesis. Universidad de Panamá, Panamá, Panamá.

JAÉN, R. A. Un Programa para Reducir la Ansiedad y la Depresión en Adultos. Una Experiencia de Grupo en la Pol. De la C.S.S. J.J. Vallarino. Miraflores, Panamá. Tesis. Universidad de Panamá, Panamá, Panamá.

Madrid, I. 2000. Intervención Terapéutica en Niños con Depresión. Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado. Panamá. Maestría en Psicología Clínica.

MANUALES.

BERKOW, R. (Director Editorial). 1994. El Manual Merk. 9ª. Edición. Edición Española Mosby/Doyma Libros. 3122 pgs.

DSM-IV 1994. La Entrevista Clínica. Tomo I. Fundamentos, de Othmer, y Othmer. Editorial Masson, S.A. Barcelona España. 499. pgs.

DSM-IV-TR. 2001. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. First, Frances y Pincus. Editorial MASSON S.A. Barcelona 1049 págs.

NOWACK, K.M. 2002. Perfil de Estrés. Editorial El Manual Moderno. México. 34 págs.

Organización Panamericana de la Salud. 1995. _Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Décima Revisión. Washington, D.C. OPS. Volumen I. 1175 págs.

RUIZ, S., IMBERNON, J., y CANO, S. 1999. Psicoterapia Cognitiva de Urgencias. 1ª Edición. ESMD-ÚBEDA. 69 págs.

PROGRAMAS

Programa de Salud de Adultos a Nivel Nacional. C.S.S. 2002. Atención Primaria de Salud. Primer Nivel de Atención. Guías de Atención. Parte II. Responsables: Dr. Owens. T., Diminice. L., González. J., Valdez. R. 131 pgs.

Programa de Salud de Adultos a Nivel Nacional. C.S.S. 2001. Guías de Atención I Parte. Responsables: Dr. Owens. T., Diminice. L., González. J., Valdez. R. 131 pgs.

ANEXOS

CAJA DE SEGURO SOCIAL
POL. DR. MIGUEL CÁRDENAS

CONTRATO

VOLUNTARIO

Yo, _____, por medio del presente contrato me comprometo a recibir un tratamiento grupal cognitivo conductual, con el fin de reducir los síntomas de estrés y ansiedad asociados a la hipertensión que padezco.

Al firmarlo me comprometo a asistir puntualmente a las 12 sesiones programadas, dos veces por semana (martes y viernes) en un horario de 1:00 p.m. a 3:00 p.m.

Además de participar activamente en las sesiones y cumplir con las tareas que se asignen para la casa.

Firma del paciente

Firma del Terapeuta

Fecha: _____

GRUPO EXPERIMENTAL

Sujeto I

Nombre: A.A
Edad: 46 años
Escolaridad: universitaria
Ocupación: secretario judicial
Estado civil: casado.

Motivo de la consulta:

Padece de hipertensión arterial desde hace 4 meses. Ha tenido que acudir en varias ocasiones al médico desde entonces en especial cuando se le sube la presión por problemas laborales. Hace unos 4 meses que empezó a subírsele frecuentemente, no le había sucedido con tanta frecuencia antes. Se siente muy presionado en el trabajo, lo que le ha traído muchos dolores musculares, estreñimiento y malestares gastrointestinales, cuando se siente tenso se rasca frecuentemente la cara y en ocasiones se deja marca. Trata de quedarse solo, practica algunas técnicas de relajación, pero no le funcionan.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel Cognitivo: piensa mucho en lo malo que le puede pasar, que nunca tendrá tiempo de hacer todo lo que se espera de él, que se está enfermando cada día más de forma irremediable. Tiene personas a su cargo y es su responsabilidad ayudarlos y terminar el trabajo si ellos no lo hacen.
- Nivel Afectivo: preocupación, ansiedad, impotencia
- Nivel Conductual: se aísla, no habla con nadie, cuando sale toma bebidas alcohólicas.

- Nivel Motivacional: deseos de escapar
- Nivel Físico: tics de rascarse la cara, tensión y dolor muscular, insomnio, malestares gastrointestinales.

Historia de la queja actual:

Antes no era una persona nerviosa ni ansiosa, su trabajo siempre ha sido exigente, pero desde que tiene un puesto nuevo la presión ha aumentado y no puede relajarse ni olvidarse de los problemas ni cuando está en su casa. Hace unos años atrás se le subió la PA pero luego se le pasó y nunca más sufrió de esto. Había estado estresado antes, pero siempre lo superaba y lo controlaba bien y no afectaba su vida fuera del trabajo.

Historia familiar:

- Antecedentes psíquicos: en su familia no hay antecedentes de personas con trastornos psíquicos que él recuerde.
- Antecedentes físicos: Antecedentes físicos: tanto su papá como su mamá sufren de Hipertensión Arterial. Su padre padece enfermedades del corazón.
- Relaciones familiares: siempre han sido buenas, pero desde que se siente mal se han visto afectadas porque no comparte ni se comunica mucho con sus familiares.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: se consideraba una persona enferma pero espera que se pueda curar con los medicamentos que el médico le recetó.
- Historia laboral: tiene un trabajo de mucha presión por parte de los superiores y tiene a su cargo 6 personas. Ejerce el puesto hace 5 meses y trabaja horas extras casi a diario y los fines de semana lo llaman a su casa.

- Historia sexual-afectiva: su relación con su esposa está un poco distante y ha tenido una disminución en su deseo sexual.
- Otras enfermedades: no reporta otras enfermedades.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 2

Nombre: F.Z.
Edad: 60 años
Escolaridad: Primaria
Ocupación: Trabajadora Manual
Estado civil: Unida

Motivo de la consulta:

Es hipertensa hace como 15 años, ha sufrido varias crisis en el último año, en especial cuando está muy preocupada, cuando se siente muy mal la tienen que llevar a urgencias. Tiene sobrepeso y el médico le recomendó que bajara de peso, pero se le hace muy difícil. Se siente muy triste por la enfermedad de su mamá y la impotencia de no poderla cuidar. Tiene más de 15 años que le diagnosticaron la hipertensión y desde el inicio ha tenido problemas para controlar la enfermedad porque cuando está preocupada o enojada, la PA se le eleva. Se le hace muy difícil el control de la enfermedad y esto la preocupa, pasa mucho tiempo pensando en eso y ocasiona que se distraiga frecuentemente y se le olviden las cosas, le dan muchos dolores de cabeza cuando se le sube la presión arterial y le da mucha hambre y sube de peso. Trata de mantenerse ocupada o distraída cuando se siente mal, pero se le hace muy difícil.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa mucho en todo lo malo que le puede pasar a ella o a su familia, en especial con su mamá que necesita cuidados constantes, evita visitarla porque se pone muy mal cada vez que la ve, piensa que no es capaz de manejar

los problemas que tiene o los que se le puedan presentar, siempre está pensando en el futuro y los problemas que se le podrían presentar.

- Nivel afectivo: preocupación, pesimismo, ansiedad, tristeza.
- Nivel conductual: llora frecuentemente, se aísla, come mucho entre comidas, no hace ejercicios ni las labores de la casa
- Nivel motivacional: que alguien la ayude
- Nivel físico: aumento de la PA, aumento de peso, dolores de cabeza, dolores musculares.

Historia de la queja actual

Sabe que tiene una enfermedad crónica, cree que en todos los años que lleva sufriendo esta enfermedad, lo que se le hace más difícil es manejar las preocupaciones adecuadamente. Siempre que tiene un problema o piensa que lo puede tener se altera mucho y se le sube la PA. Trata de hacerle caso a su familia y no preocuparse por cosas que no han pasado todavía, pero se le hace muy difícil.

Historia familiar:

- Antecedentes físicos: la mamá tiene problemas cardíacos, sufrió muchos años de hipertensión, dos de sus hermanos sufren también de hipertensión.
- Relaciones familiares: tiene dos hijos ambos están casados y con un hijo cada uno, las relaciones con ellos son buenas. Está unida hace más de 20 años y la relación la describe satisfactoria. En cuanto a sus relaciones con los hermanos no son buenas debido a la enfermedad de su mamá que necesita muchos cuidados y entre todos se turnan para hacerlo. No comparte los cuidados hacia su madre,

porque no se siente capaz de hacerlo y teme enfermarse si lo hace. Sólo los apoya económicamente, lo que ha ocasionado serias fricciones con sus 5 hermanos

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: cuando empezó a sufrir de la hipertensión apenas le prestó atención y no hizo cambios significativos en su estilo de vida. En los últimos años ha tomado más conciencia de su enfermedad y de la necesidad de cambiar algunas cosas, pero se le hace muy difícil la alimentación y hacer ejercicios pero le es imposible no preocuparse y generalmente sus crisis son por problemas.
- Historia laboral: en su trabajo no reporta conflictos interpersonales, y no refiere presiones en el trabajo que la estresen, Sin embargo, cuando está muy preocupada o se siente enferma se desconcentra mucho y eso incide en su trabajo.
- Historia sexual-afectiva: sus relaciones son buenas, aunque cuando se siente enferma o preocupada se aparta un poco de su esposo y eso hace que no tengan relaciones sexuales y en ocasiones su esposo lo reciente.
- Otras enfermedades: osteoporosis.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 3

Nombre: L.P
Edad: 49
Escolaridad: secundaria
Ocupación: Pensionado
Estado civil: casado

Motivo de la consulta:

Fue referido del programa de salud de adultos ya que es hipertenso, tiene problemas de peso y en ocasiones no toma los medicamentos como se lo indica el médico, en especial cuando toma bebidas alcohólicas. Fue diagnosticado con hipertensión hace un año. Ha tenido problemas para controlar el peso, porque no sigue las dietas que le recomiendan. Además, no ha disminuido el consumo de bebidas alcohólicas y no toma los medicamentos en forma continua, lo que ocasiona que se le suba la PA frecuentemente. Cuando se siente mal trata de salir con los amigos, conversa y trata de asistir a lugares festivos. Cuando se siente muy triste se aísla y no dialoga con nadie.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que estar enfermo es un fastidio y un inconveniente, “ojala no lo estuviera”
- Nivel afectivo: tensión, irritabilidad, tristeza.
- Nivel conductual: toma bebidas alcohólicas, se aísla, se irrita
- Nivel motivacional: quisiera no estar enfermo, que la enfermedad no existiera
- Nivel físico: dolores musculares, malestares gastrointestinales

Historia de la queja actual

Desde que se le diagnosticó la hipertensión ha tenido problemas, primero porque no aceptó la enfermedad y luego no le prestó atención a las recomendaciones, no las creyó necesarias. Cuando pensaba mucho en ellas se ponía muy triste. Trata de salir para olvidarse de todo.

Historia familiar:

- Antecedentes psíquicos: en su familia su mamá se deprimía frecuentemente.
- Antecedentes físicos: su papá murió de enfermedad cardíaca.
- Relaciones familiares: tenía dos hijos, su hijo mayor murió hace 4 años en un accidente de tránsito, tenía 18 años, su hija tiene 19 años y estudia en la ciudad de Panamá, dice que sus relaciones son un poco distantes porque ella es muy rebelde. Vive solo con la esposa, han tenido muchos problemas aunque en la actualidad sus relaciones son mejores en especial desde que él ingresó a la Iglesia Evangélica (hace 2 años), y ha dejado de ser infiel.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: no se considera enfermo y cree que no es tan serio que no tome siempre los medicamentos o que no se ajuste a la dieta.
- Historia laboral: está pensionado por problemas de la columna. Pero era comerciante, tenía una casa comercial y se dio a la quiebra hace más de cuatro años. Se siente muy frustrado por las relaciones laborales porque sufrió robos por parte de sus empleados y esto hace que no confíe mucho en las personas.
- Historia educacional: tiene estudios secundarios.

- Historia sexual-afectiva: las relaciones con su esposa son un tanto distantes en especial las relaciones sexuales desde la muerte de su hijo su esposa no quiso mantener relaciones por más de 2 años. Actualmente él piensa que la esposa acepta tenerlas por obligación, pero nunca hablan sobre esas cosas
- Otras enfermedades: sufre de la columna y de gastritis.
- Tratamiento actual: toma relajantes musculares para el dolor muscular y dos medicamentos para la hipertensión.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 4

Nombre: L.S.
Edad: 36
Escolaridad: Universitaria
Ocupación: maestra
Estado civil: casada

Motivo de la consulta

Es hipertensa y fue referida por el médico ya que sus medidas de PA han sido inestables en los últimos controles. Fue diagnosticada hace dos años y medio y desde entonces recibe controles periódicos. Desde que fue diagnosticada ha tenido problemas por la dieta y el peso además siente que se estresa mucho con su trabajo y eso influye en el nivel de PA. Cuando se siente muy estresada trata de relajarse distrayéndose en actividades relajantes como escuchar música que la tranquilice o leyendo.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que el problema es que por su trabajo que es muy demandante y ella no puede evitar preocuparse, no hay nadie que la ayude y la carga de todos sus problemas los tiene ella sola. Piensa que su esposo debería apoyarla más, pero no lo hace y le parece que él es muy injusto
- Nivel afectivo: se siente en ocasiones triste, sola y que no puede con todas las responsabilidades que tiene.
- Nivel conductual: se irrita, se enoja con mucha frecuencia, en ocasiones llora mucho.

- Nivel motivacional: lo que más desea es que alguien le ayude a encontrar una solución.
- Nivel físico: dolores musculares, tensión, insomnio.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: se siente muy enferma, no sólo por su PA si no por todo, el insomnio que no la deja descansar, se siente constantemente cansada y preocupada.
- Historia laboral: actualmente trabaja como la única maestra en una escuela multigrado, lo que la hace sentirse muy estresada. Siente que no tiene el apoyo de los padres de familia. Tiene 3 años en esta situación y está muy deseosa de trasladarse de allí para poder estar cerca de su familia.
- Historia educacional: es profesora de educación primaria.
- Historia sexual-afectiva: las relaciones con su pareja son conflictivas hace ya algunos años, no sólo por la distancia sino porque él no tiene trabajo permanente y ella reciente que no la apoye, lo que hace que discutan constantemente.
- Otras enfermedades: no reporta
- Tratamiento actual: asistió a atención de psicología hace unos tres años atrás por problemas con su pareja.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 5

Nombre: P.D.
Edad: 38 años
Escolaridad: universitaria
Ocupación: maestra
Estado civil: casada

Motivo de la consulta

Fue referida por el programa de salud de adultos es hipertensa y en el último mes ha tenido que asistir a urgencias en dos ocasiones con niveles de PA muy elevados. Fue diagnosticada hace 8 meses. Sufre de insomnio, dolores musculares, tensión, ansiedad. Para distraerse pasea, sale a visitar a sus amistades

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: cree que tiene un gran problema, nunca antes se había sentido tan enferma. No sabe como manejar todos los cambios que le han sugerido, en especial el hacer ejercicio y la dieta. Cree que es algo muy difícil y molesto no solo para ella sino para su familia
- Nivel afectivo: está preocupada, ansiosa, y en ocasiones se siente muy triste.
- Nivel conductual: inquietud, se aísla, se irrita.
- Nivel motivacional: desea poder cambiar las cosas.
- Nivel físico: tensión muscular, aumento de la PA, dolores musculares, dolores de la cabeza y debilidad.

- Historia de la queja actual

Hace unos 8 meses que se le fue diagnosticada la hipertensión, desde entonces se siente muy tensa y preocupada. No ha tenido episodios previos a los 8 meses, pero le cuesta mucho trabajo dejar de preocuparse o pensar en los problemas.

Historia familiar:

- Antecedentes psíquicos: en su familia ella reporta que son muy nerviosos, su hermana ha sufrido muchas depresiones, su hija adolescente también se deprime con mucha frecuencia.
- Antecedentes físicos: no reporta
- Tratamientos seguidos: en el caso de su hermana y su hija ambas han recibido atención de psiquiatría.
- Relaciones familiares: son muy buenas.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: no le ha sido fácil aceptar que tiene una enfermedad crónica en la cual tiene que tomar medicamentos todos los días. Además, a lo que no se adapta es a la dieta y los ejercicios. En especial la dieta se le hace muy difícil porque no recibe apoyo de su esposo y su hija y debe hacer dos diferentes comidas, lo que se le hace muy incómodo.
- Historia laboral: trabaja como maestra de III grado en una escuela pública, no refiere problemas laborales significativos.
- Historia educacional: tiene estudios universitarios.

- Historia sexual-afectiva: mantiene buenas relaciones con su esposo. En este momento tienen problemas porque ella siente que él no le da importancia a su enfermedad.
- Otras enfermedades: no reporta y habla de que siempre ha sido muy sana.
- Tratamiento actual: toma 2 medicamentos para la hipertensión.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 6

Nombre: M.G.
Edad: 39
Escolaridad: secundaria
Ocupación: vendedora
Estado civil: separada

Motivo de la consulta

Es hipertensa y fue referida por el médico ya que ha confrontado muchos problemas para mantener el tratamiento. Pierde las cita de control y no toma el medicamento como el médico lo indica. Hace 4 años que ingresó por primera vez al programa, pero ha perdido las citas en varias ocasiones y hace tres meses que ingresó nuevamente al programa. Sufre de muchos dolores de cabeza, tiene el peso por encima de lo que debería, sufre de muchos dolores musculares y se siente muy estresada. Cuando se siente mal lo que hace es dormir.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: se siente muy presionada, que nadie la ayuda y que los otros no la consideran. Deberían ser más considerados con ella, no tiene tiempo para todas las cosas que tiene que hacer y muchas veces piensa cosas muy negativas con relación al futuro.
- Nivel afectivo: tristeza, enojo, impotencia y irritabilidad
- Nivel conductual: grita, se enfada, llora, regaña mucho a la hija y se pelea en especial con su ex - pareja.

- Nivel motivacional: que nadie la moleste para estar tranquila.
- Nivel físico: dolores musculares, de cabeza, tensión, ansiedad.

Historia familiar:

Vive con la hija de 13 años y con la mamá. Pelea constantemente, en especial con la hija que tiene problemas en la escuela y no colabora en las labores de la casa. Con el ex-esposo tiene problemas porque no le pasa la mensualidad de la hija como debería y como se volvió a casar no le dedica el tiempo suficiente a su hija.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: sabe que debería cuidarse más porque puede causarle muchos otros problemas de salud, pero no tiene ni el tiempo ni la energía para hacer los cambios que se le sugirieron es por ello que falta a las citas y se le olvida a veces tomar las medicinas.
- Historia laboral: trabaja como vendedora en un almacén y el trabajo es muy agotador porque entra a las 9:00 a.m. pero nunca sabe a qué hora sale. Se agota mucho y tiene buenas relaciones con las personas con quien trabaja.
- Historia sexual-afectiva: en este momento tiene una relación amorosa, pero trata que su hija no se entere para que no se lo diga al ex-esposo porque teme que le quite la casa. La relación no es muy seria, además ella no tiene mucho tiempo para dedicarle y en ocasiones siente que le trae más problemas que otra cosa.
- Otras enfermedades: no reporta

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 7

Nombre: Y.C.
Edad: 33 años
Escolaridad: primaria
Ocupación: comerciante
Estado civil: casada

Motivo de la consulta

Es hipertensa y sufre de obesidad, fue diagnosticada como hipertensa hace unos cinco meses. Ha tenido 2 crisis de PA en los últimos meses y sus medidas en los últimos controles han sido altas por lo que recientemente inició el tratamiento farmacológicos. Tiene problemas para controlar su peso, desde hace más de 5 años se atiende con nutricionista y aunque en ocasiones disminuye dice que no es constante, no hace ejercicios. Le da mucha hambre cuando se siente nerviosa y come entre comida. Sabe que no lo debe hacer pero no lo puede controlar. Trata de distraerse conversando con sus vecinas.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que es una enfermedad muy difícil de manejar porque tiene que tomar muchas precauciones y cree tener la fuerza de voluntad necesaria para lograrlo.
- Nivel afectivo: tensión, ansiedad.

- Nivel conductual: come mucho, habla constantemente de lo que debe hacer y no hace.
- Nivel motivacional: quisiera que alguien la ayudara
- Nivel físico: aumento de la PA, malestares estomacales, le sudan las manos y se pone fría

Historia familiar:

Está casada, no tiene hijos propios pero junto con el esposo criaron una sobrina de él que es invidente, ya tiene 13 años. Sus relaciones son buenas. Vive al lado de su hermana que está casada y tiene dos hijos. En ocasiones tiene problemas con su hermana porque los niños de ella son muy traviesos y a su hermana no le gusta que ella los regañe. Han tenido varios conflictos por eso, lo que hace ahora es ignorarlos aunque se le hace muy difícil, pero lo prefiere a estar siempre peleándose con su hermana.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: piensa que es una enfermedad muy mala porque requiere mucha fuerza de voluntad y ella no la tiene, llora mucho porque se siente enferma y no lo quiere estar.
- Historia laboral: tiene una panadería junto con su hermana, y su cuñado. El trabajo es bueno porque la distrae, aunque a veces es difícil trabajar con la hermana porque tiene un carácter muy difícil
- Historia sexual-afectiva: sus relaciones con su esposo son excelentes.
- Otras enfermedades: no reporta

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 8

Nombre: C.B.
Edad: 54 años
Escolaridad: universitaria
Ocupación: jubilada
Estado civil: casada

Motivo de la consulta

Es hipertensa hace cinco años. En ocasiones se le olvida asistir a las citas médicas y tomarse las medicinas. En estos momentos se siente muy nerviosa porque hace unos cuatro meses que murió un hermano suyo y eso la ha hecho sentirse muy preocupada por su salud, pues se pone a pensar en que a ella le puede pasar lo mismo y qué sería de su hijo y su esposo si ella se muere. Se preocupa mucho en especial por su hijo que vive con ellos ya que cuando sale, ella no duerme hasta que él llega y muchas veces lo llama al celular para saber por dónde anda y qué está haciendo. Siempre está pensando en todas las cosas malas que le puede pasar. Sufre de insomnio, está muy tensa y ansiosa todo el día en especial cuando no sabe dónde está su hijo, en varias ocasiones se le sube la presión. Además, cuando está preocupada se le olvidan las cosas y eso hace que no recuerde las citas médicas o tomarse los medicamentos.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que hay muchas cosas malas y ella no las puede evitar.
- Nivel afectivo: se siente preocupada, ansiosa, triste y pesimista

- Nivel conductual: llama constantemente a su hijo, llora, habla mucho
- Nivel motivacional: quisiera que su familia la ayude a sentirse tranquila.
- Nivel físico: insomnio, dolores musculares y de la cabeza.

Historia familiar:

Está casada y tiene un hijo de 32 años que trabaja y vive con ella y su esposo. Mantiene buenas relaciones con su esposo

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: piensa que la enfermedad de la hipertensión es algo serio que le puede provocar situaciones más graves, está conciente de que tiene que cambiar muchas cosas en su estilo de vida, pero lo que se le hace muy difícil es dejar de preocuparse.
- Historia laboral: es maestra jubilada, disfrutó mucho de su trabajo, y extraña sentirse útil. No tiene muchas ocupaciones actualmente y eso la hace sentirse mal.
- Historia sexual-afectiva: en ocasiones el esposo se acerca a ella, pero se siente o demasiado cansada o muy enferma para corresponderle, esto la preocupa porque piensa que él se puede cansar y dejarla.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 9

Nombre: A.Z.
Edad: 51 años
Escolaridad: primaria
Ocupación: ama de casa
Estado civil: casada

Motivo de la consulta

Es hipertensa hace 2 años. Está muy preocupada por su enfermedad, y todas las recomendaciones que le dio el médico porque cree que no las puede cumplir. Además, se siente muy estresada porque ni su esposo ni sus hijos la entienden ni la ayudan para que ella no se sienta tan cansada. Sólo le dan trabajo y disgustos, el esposo continuamente está de mal humor y no la comprende, llega a ser muy injusto con ella. Se siente frecuentemente cansada, con deseos de llorar, le da mucha hambre y pica muchas cosas que sabe que no debe, cuando está triste no sale y se aísla de todos. Trata de rezar cuando está así para ver si se le pasa o de ir a misa, pero no siempre lo consigue.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que su enfermedad es una carga muy pesada y que no puede controlarla, que los demás son muy injustos con ella y no consideran todo lo que ella hace por ellos.
- Nivel afectivo: desesperada, triste, ansiosa, intranquila.
- Nivel conductual: se aísla, reniega y regaña, come más.

- Nivel motivacional: quisiera que los demás la ayudaran e hicieran lo que ella dice.
- Nivel físico: aumento de la PA, dolores musculares, sudoraciones.

Historia familiar:

Está casada hace 6 años y su pareja tiene 82 años, tiene 2 hijos de su matrimonio anterior, el mayor es profesor y vive con ella, y el menor que es policía, trabaja en otra ciudad y sólo viene cuando tiene días libres, ninguno está casado. Ella se encarga de cocinarles, lavarles y plancharles la ropa por lo que siente que en ocasiones no la aprecian. El esposo sufre del corazón y continuamente viaja a Panamá a sus citas y se queda uno o dos meses con sus hijas que viven allá, eso ocasiona que ella se sienta muy sola. No se relaciona con las hijas de él. Cuando él no está, ella apenas sale de la casa porque a él no le gusta que salga.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: piensa que la enfermedad de la hipertensión es algo muy desagradable en especial por la dieta que se le hace tan difícil. Además, porque se le hace casi imposible estar tranquila como el médico le indicó y cuando se preocupa mucho se le sube la PA y esto ocurre con bastante frecuencia, porque no lo puede controlar.
- Historia laboral: antes de casarse trabajaba en un restaurante, pero luego de casarse su esposo no quiso que trabajara para que lo atendiera a él.
- Historia sexual-afectiva: la relación de pareja con su esposo en este momento es muy tensa ya que ella siente que su esposo no le dedica tiempo y cuando viene a

estar con ella pasa de mal humor y no la quiere sacar a ninguna parte. Según ella, por la enfermedad de su esposo, hace varios meses que no mantienen relaciones sexuales.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 10

Nombre: D.G.
Edad: 36 años
Escolaridad: universitaria
Ocupación: ama de casa
Estado civil: casada

Motivo de la consulta

Es hipertensa hace siete meses. Se siente muy estresada por las presiones de la casa y de los hijos, le da mucho dolor en los hombros, se preocupa mucho porque siente que el tiempo no le alcanza para todas las labores de la casa y cuidar a los niños y se pone de muy mal humor y le grita a los niños y en ocasiones les pega, pero estos son muy rebeldes y no la obedecen. El esposo no la apoya y es muy permisivo con los niños, por lo que ellos discuten mucho. Ella es obesa, siempre ha sido gorda, pero cuando está tensa o preocupada come mucho más, se ve con la nutricionista desde que le diagnosticaron la hipertensión, pero no ha podido bajar de peso. Reconoce que no sigue las indicaciones de la nutricionista porque no le gusta la comida de la dieta y porque donde ella vive no siempre encuentra legumbres o las cosas que le mandaron

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que es imposible bajar de peso y que sus hijos y esposo son muy injustos con ella que no la quieren ayudar a que ella se sienta mejor.
- Nivel afectivo: se siente enojada, irritada, inquieta y ansiosa.

- Nivel conductual: grita, regaña, pelea, come más, se acuesta a dormir
- Nivel motivacional: deseos de salir corriendo y escapar
- Nivel físico: aumento de la PA, cansancio, molestias musculares, dolores de cabeza. las manos se le ponen muy frías.

Historia familiar:

Está casada y tiene un 3 hijos uno de 8 años, otro de 5 y el más pequeño de 2. Su esposo es conductor de un bus de pasajeros y además se dedica a la ganadería. Sus hijos son muy inquietos y desobedientes. Tiene que pasar todo el día detrás de ellos y los regaña y les grita para que le hagan caso, pero ya los niños le gritan igual a ella, entonces les pega. Siente que a veces les pega demasiado y no quisiera pegarles más, si recibiese más ayuda de su esposo piensa que los niños se portarían mejor, pero este es muy consentidor y hasta la desautoriza delante de los niños

Historia personal:

- *Conceptualizaciones de la enfermedad:* con tanto problemas en la casa no le da mucho tiempo de pensar en ella, pero se le hace muy difícil controlar especialmente la dieta y sabe que eso la afecta para la hipertensión, más no sabe qué hacer.
- *Historia laboral:* nunca ha trabajado fuera de la casa, pero las labores de la casa y el cuidar a los niños se le hacen muy agotadoras.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

GRUPO CONTROL

Sujeto 1

Nombre: F.M.
Edad: 53
Escolaridad: primaria
Ocupación: trabajadora manual
Estado civil: soltera

Motivo de la consulta

Es hipertensa hace 3 años que se lo diagnosticaron, tiene problemas para bajar de peso y hacer ejercicios como el médico le recomendó. La PA se le sube cuando tiene alguna preocupación seria. Actualmente se siente muy preocupada porque su mamá está hospitalizada en otra provincia y ella viaja todos los fines de semana a cuidarla y eso hace que no tenga tiempo para nada. Además hace poco terminó una relación sentimental porque él no comprendía que ella tenía que cuidar a su mamá. Tiene problemas para mantener su peso, dice no tener tiempo para hacer ejercicio y como vive sola generalmente compra la comida por lo que no puede seguir una dieta estricta. Cuando se siente mal se pone muy triste y piensa en su situación. Si ella se enferma más no podrá cuidar a su mamá eso hace que se deprima y llora mucho.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que no tiene solución. todo lo ve negativo, no tiene quien la apoye y ella sola no puede resolver todos los problemas. Asimismo, es muy

difícil llevar una dieta o hacer ejercicio porque le es imposible hacer su comida o tener tiempo para los ejercicios.

- Nivel afectivo: tristeza, desesperación.
- Nivel conductual: aislamiento, llanto.
- Nivel motivacional: ganas de salir corriendo
- Nivel físico: tensión, dolores musculares, sobrepeso, insomnio.

Historia familiar:

Mantiene buenas relaciones con sus hermanos, aunque en ocasiones siente que le dejan la carga de todo a ella. No tiene hijos.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: sabe que tiene una enfermedad que es difícil de controlar, pero no puede hacer cambios en su vida en este momento, porque no se siente capaz.
- Historia laboral: en el trabajo ha tenido algunos problemas con sus compañeros porque ha faltado en varias ocasiones por los problemas de salud de su mamá y ellos aducen que les carga el problema a ellos.
- Historia sexual-afectiva: con su pareja tenía 2 años de relación y la terminó él porque decía que ella no le dedicaba tiempo a él.
- Otras enfermedades: sufre de la tiroides y es obesa.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 2

Nombre: K.D
Edad: 37
Escolaridad: universitaria
Ocupación: secretaria
Estado civil: casada

Motivo de la consulta

Es hipertensa hace dos años que ingresó al programa de control, ha tenido recaídas en este tiempo, asociadas principalmente con problemas familiares o económicos. Se siente muy presionada tanto por el trabajo como por su familia y le preocupa que todas estas situaciones la hagan enfermar con más frecuencias. Come mucho cuando se siente ansiosa, se irrita y le grita a sus hijos, y se pone de muy mal humor y eso hace que se le suba la PA. Cuando se siente muy tensa o ansiosa sale a caminar o a visitar a las amistades, pero no siempre tiene tiempo para hacer estas cosas.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que sus problemas se deben a que tiene muchas responsabilidades y que tiene que enfrentarlas sola porque sus hijos no la ayudan son muy injustos y le dejan todo el trabajo a ella. Lo mismo sucede en el trabajo porque deberían tener al menos dos personas en ese puesto, pero la tienen a ella

sola y es imposible que ella pueda hacer todo lo que los otros esperan de ella. Se siente incomprendida y poco apreciada por los demás.

- Nivel afectivo: ansiedad, irritación y preocupación.
- Nivel conductual: agresión,
- Nivel motivacional: le dan ganas de gritar todo el tiempo, de desaparecer para ver que harían sin ella.
- Nivel físico: aumento de la PA, ansiedad, temblor de la voz, le sudan las manos, tensión muscular.

Historia familiar:

Está casada tiene cuatro hijos, su esposo es profesor y trabaja lejos, sólo está los fines de semana, esto es así hace 9 años. Ella ha tenido que criar sola a sus hijos y esto hace que ellos la vean como la mala y al papá como el bueno. Con el esposo tienen discusiones por esto, ya que ella le solicita más ayuda.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: niega mucho la enfermedad. Le quita importancia y aduce que si la ayudaran más no tendría problemas. Piensa que la hipertensión no es un problema serio y que ella lo podría manejar mejor.
- Historia laboral: tiene quince años laborando en la misma empresa, y es la única mujer que labora allí lo que en ocasiones ha sido difícil, aunque mantiene buenas relaciones interpersonales. Siente que tiene que hacer muchas cosas que no le corresponden hacer, pero como es la única mujer se las encargan. Además, la carga de trabajo es mucha para ella sola.

- Historia sexual-afectiva: en general son buenas aunque le afecta mucho la distancia. Y en ocasiones está muy cansada los fines de semana para hablar o simplemente para estar con su esposo. Hay ocasiones en que se enoja por la falta de apoyo de él y eso hace que se distancie.
- Otras enfermedades: no reporta.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 3

Nombre: M.H.
Edad: 34
Escolaridad: universitario
Ocupación: profesor
Estado civil: soltero

Motivo de la consulta

Es hipertenso hace 11 meses que fue diagnosticado. Ha sufrido elevación de la PA y ha tenido que ser puesto en observación todo el día en 3 ocasiones en los últimos 6 meses. Se siente muy preocupado y temeroso por esto, ya que teme que le de un infarto porque en su familia padecen de enfermedades del corazón. Esto ha ocasionado que se preocupe mucho, está tratando de cambiar su estilo de vida y alimentación, pues tiene niveles de colesterol muy altos. Toma licor ocasionalmente, está caminando a diario y trata de relajarse saliendo a fiestas o con los amigos.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que su problema de salud es hereditario y teme mucho que le de un infarto. En ocasiones piensa que le pasará lo mismo que un tío suyo que murió de un infarto a los 39 años.
- Nivel afectivo: tensión, preocupación, temor.
- Nivel conductual: sale a fiestas toma bebidas alcohólicas.

- Nivel motivacional: quisiera poder olvidarse de todo y estar tranquilo
- Nivel físico: sudoración, dolor en el pecho, dolores de cabeza, en ocasiones problemas para conciliar el sueño.

Historia familiar:

Vive con sus padres y una hermana menor. Tiene dos hermanos más, casados que viven lejos. Con su hermana la relación no es muy buena, ya que constantemente discuten por las labores y compromisos económicos de la casa. Con su mamá la relación es buena y con su padre es un tanto distante, porque este es alcohólico desde que ellos eran pequeños. No acepta la vida que lleva, en especial, desde que su papá ya no trabaja y depende de él y sus hermanos. Le molesta mucho que utilice el dinero que él le da a su mamá para gastos de la casa, para tomar.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: piensa que es una enfermedad muy seria ya que puede ser el origen de enfermedades más graves. Le da mucho temor sufrir un infarto. Aunque hace ejercicios y trata de seguir la dieta no ha disminuido la ingesta de alcohol, según él porque saliendo es la única manera de distraerse y cuando sale siempre hay alcohol.
- Historia laboral: trabaja como profesor en un colegio secundario y mantiene buenas relaciones con sus compañeros.
- Historia sexual-afectiva: en este momento no tiene ninguna pareja y se siente bien al respecto.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 4

Nombre: J.B.
Edad: 57 años
Escolaridad: secundaria
Ocupación: capataz de finca ganadera
Estado civil: casado

Motivo de la consulta

Es hipertenso desde hace 12 años. Fue referido por el médico debido a que es inconstante con las citas y con los medicamentos. Refiere que no le dan síntomas. Generalmente no se da cuenta que tiene la PA hasta que viene a la citas y el médico se la mide y está muy alta, no lleva ni dieta y fuma, toma bebidas alcohólicas casi todos los fines de semana. No le preocupa su enfermedad porque se siente muy bien.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que no tiene problemas por lo que no tiene que hacer nada al respecto
- Nivel afectivo: se siente tranquilo, en ocasiones disgustado porque los otros no hacen lo que él les dice, tanto en su casa como en el trabajo.
- Nivel conductual: grita y discute
- Nivel motivacional: le gustaría que le pusieran más atención y le obedecieran.
- Nivel físico: malestares estomacales y en ocasiones insomnio

- *Historia de la queja actual*

Desde que fue diagnosticado con la enfermedad su control no ha sido bueno ya que no acepta que tiene una enfermedad crónica y no ha seguido las sugerencias médicas en cuanto a la ingesta de alcohol, dieta y cambios en su estilo de vida.

Historia familiar:

Está casado y tiene dos hijos que están en la universidad. Además en su casa tiene el hijo de 3 años de una de sus hijas que estudia en la ciudad de Panamá. Con sus hijos tiene buenas relaciones, aunque se preocupa mucho por la parte económica, ya que el solo tiene que correr con los gastos, su esposa no trabaja y tienen muchos problemas porque lo ceta mucho y no le gusta que salga a fiestas, pero él se tiene que divertir porque es el único que trabaja y lo hace muy fuerte. Parece que los demás sólo le piden y no entienden que el tiene que divertirse.

Historia personal:

- *Conceptualizaciones de la enfermedad: no se siente enfermo y no cree que tengan una enfermedad seria porque el no se siente nada.*
- *Historia laboral: es el encargado de una finca ganadera, tiene más de 15 empleados a su cargo. Además, tiene negocios de ganadería de él. Le molesta que los empleados en ocasiones sean flojos y no le obedezcan en lo que él les manda, ya que él es quien sabe como se hacen las cosa y ellos no. Con el jefe se lleva bien.*
- *Historia sexual-afectiva: el se siente bien aunque siente que su esposa se queja mucho y no lo comprende.*

Diagnóstico: F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 5

Nombre: C.C
Edad: 53 años
Escolaridad: secundaria
Ocupación: plomero
Estado civil: casado

Motivo de la consulta

Es hipertenso desde hace unos meses (3) que ingresó al programa de salud de adultos después de haber sufrido una crisis hipertensiva en la que tuvo que ser internado, con niveles de PA muy elevados. Luego de eso ha tenido dos crisis hipertensivas más. El médico le recomendó cambio en la dieta y en el estilo de vida, lo que ha tratado de seguir, pero se preocupa mucho por su salud, pues si no puede trabajar no hay ingresos económicos eso hace que se altere mucho, trata de tranquilizarse pero no se le hace fácil. Para tratar de manejar las preocupaciones ve televisión o trabaja. Sufre de muchos dolores de cabeza, musculares, le tiembla todo el cuerpo y en ocasiones no duerme bien.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que esto es terrible, no puede evitar pensar en lo enfermo que está y lo difícil que es sostener el solo a su familia.
- Nivel afectivo: se siente preocupado, ansioso, triste y pesimista
- Nivel conductual: llora, se aísla, habla mucho de su enfermedad y trabaja más.

- Nivel motivacional: le gustaría estar más sano, pero no sabe cómo.
- Nivel físico: temblores, en ocasiones insomnio, mareos, dolores musculares y de la cabeza.

Historia familiar:

Está casado y tiene una hija que está en la universidad. Mantiene buenas relaciones con su esposa y su hija, pero no se siente apoyado por la esposa en lo económico porque ella no trabaja, aunque eso él no se lo dice. Piensa que su hija podría buscar un trabajo para ayudar a pagar los gastos, pero la esposa no quiere porque dice que es mejor que termine de estudiar para que luego busque trabajo, esto es motivo de conflictos entre los tres. Sus padres murieron, menciona antecedentes de enfermedad coronaria en la familia de su padre, lo que le preocupa mucho porque un primo suyo murió joven del corazón. Cuando piensa en esas cosas se altera pensando que le puede pasar lo mismo a él y piensa mucho en qué sería de su familia si él no estuviera para ayudarlos.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: piensa que la enfermedad de la hipertensión es algo serio que le puede provocar situaciones más graves, está consciente de que tiene que cambiar muchas cosas en su estilo de vida, pero lo que se le hace muy difícil es dejar de preocuparse.
- Historia laboral: es plomero y trabaja de forma independiente, lo que le preocupa ya que no tiene seguro médico y depende de los contratos que realice. Cuando se enferma no puede trabajar y por lo tanto no ingresa dinero a la casa. Generalmente trabaja todos los días hasta 10 y 12 horas diarias para poder tener

ingresos buenos, en ocasiones contrata personas para que lo ayuden aunque no le gusta depender de otros y prefiere ser él solo, pero eso hace que trabaje más duro.

- *Historia sexual-afectiva: la relación de pareja con su esposa siempre ha sido buena, aunque desde que enfermó han tenido problemas porque él no se siente bien y no le dan deseos de tener relaciones con su esposa o simplemente de estar con ella, cuando está muy preocupado quisiera estar solo y que nadie lo moleste.*

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 6

Nombre: G.B
Edad: 59 años
Escolaridad: secundaria
Ocupación: jubilada
Estado civil: viuda

Motivo de la consulta

Es hipertensa desde hace 9 años. Mantiene control permanente de su enfermedad. Acude regularmente a las citas toma sus medicamentos y sigue la dieta indicada. Sin embargo, sus problemas familiares generalmente hacen que se le suba la presión. Vive con una de sus hijas y con los hijos de esta. Está muy preocupada por su hija y los problemas que ésta tiene tanto con sus hijos como por los problemas económicos. Está preocupada constantemente, le da muchos malestares estomacales, hay días que está muy triste y llora en ocasiones por los problemas. Trata de ayudar a su hija con los problemas, pero ella no se lo agradece incluso le dice que es muy metiche y que regaña mucho a sus hijos. Cuando se siente muy mal se va a visitar a su otro hijo que vive en Chiriquí, pero no le gusta demorarse mucho porque aunque no se lo agradezca ella sabe que su hija la necesita.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que su enfermedad es controlable. No piensa que los problemas sean realmente los que la enferman, pero reconoce que le preocupa

mucho más la situación familiar y cree que los demás deberían apreciar más todo lo que ella hace por ellos, pero no es así.

- Nivel afectivo: se siente triste, en ocasiones enojada, ansiosa.
- Nivel conductual: se va de la casa, regaña.
- Nivel motivacional: le gustaría desaparecer a ver si así se dan cuenta de que la necesitan.
- Nivel físico: aumento de la presión, malestares estomacales, se pone fría y luego temblorosa

Historia familiar:

Es viuda hace 15 años, tiene dos hijos, el mayor está casado tiene tres hijos y vive en Chiriquí, la menor está separada hace dos años y vive en su casa, tiene dos hijos y no trabaja. Siempre ha vivido con la mamá. Cuando se casó se fueron a vivir con ella. Ella siempre le ha ayudado con los gastos porque el esposo de la hija no ganaba mucho y ahora que se separaron casi no la ayuda económicamente, por lo que todos los gastos de la casa los asume ella. Tiene constantes problemas con su hija porque ella desea decirle como hacer las cosas bien, pero su hija no acepta consejos y hace las cosas como le da la gana. También se enoja si ella corrige a los niños y la acusa de estar amargada cuando le dice a los niños que no hagan travesuras o no hagan ruidos

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: piensa que la hipertensión es un problema de salud que se puede controlar, pero como tiene muchos problemas familiares, no se cuida como debe, en especial no puede vivir tranquila y ella sabe que eso afecta su PA.

- Historia laboral: está jubilada actualmente y no ejerce ningún otro trabajo a parte de ayudar a su hija a cuidar los niños y los quehaceres de la casa.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 7

Nombre: C.D.
Edad: 54 años
Escolaridad: primaria
Ocupación: secretaria
Estado civil: divorciada

Motivo de la consulta

Es hipertensa hace más de 10 años. Refiere tener muchos problemas en su casa con sus familiares, esto la hace sentirse muy nerviosa y alterada. Cuando esto sucede le dan muchos dolores de cabeza, se marea y se desvela mucho. Refiere malas relaciones con un hermano que vive junto a su casa porque es muy irresponsable con sus hijos, constantemente se están enfrentando y cuando eso sucede ella se altera mucho. En varias ocasiones se ha sentido muy mal y la han tenido que llevar al médico y le toman la PA y la tiene muy elevada (180/100). Se ha hecho responsable de una de las hijas de su hermano y esto le ha traído más problemas porque la joven es muy rebelde y no la obedece, llega tarde a la casa y se va sin permiso. Generalmente no duerme bien cuando eso sucede.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que es imposible dejar de preocuparse, que los demás son muy irresponsables y que ella tiene que responsabilizarse de todo.

- Nivel afectivo: se siente enojada, desesperada, inquieta y triste.
- Nivel conductual: discute, sale menos y se comunica poco.
- Nivel motivacional: que los demás sean más responsables.
- Nivel físico: aumento de la PA, tensión muscular, dolores de cabeza, mareos.

Historia familiar:

Tiene dos hijas de 30 y 25 años las dos casadas y con hijos, las dos viven independientes. Está divorciada desde que su hija menor nació. Mantiene una relación con un hombre casado hace más de 20 años. Es la mayor de 6 hermanos, su mamá vive junto a ella con su hermano menor, con el cual, mantiene muy malas relaciones, ya que el maltrata a la esposa y a los hijos y es muy irresponsable de los gastos de la casa. En muchas ocasiones ella se hace cargo de estos gastos, además que ella cubre todos los gastos de su mamá. Actualmente vive con ella su sobrina de 17 años. Con sus otros hermanos la relación es mejor aunque tienen conflictos porque no ayudan ni se ocupan de su mamá que está delicada de salud hace más de 6 años.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: no piensa mucho en ello ya que prefiere ocuparse de las cosas, sabe que debe cuidarse y lo hace lo mejor que puede en cuanto a dieta, ejercicio y citas siempre lo hace, lo que se le hace difícil es no alterarse ya que es una persona muy "volada", y está conciente que eso le hace daño por su PA.
- Historia laboral: es secretaria hace más de 25 años, en el mismo lugar, mantiene buenas relaciones laborales y siempre ha sido así. Tiene un poco de dificultades

porque padece de la columna y ya no puede realizar ciertas actividades y en ocasiones el trabajo se le acumula y se desespera.

- Historia sexual-afectiva: la relación de pareja es muy satisfactoria para ella. A pesar de que él está casado, le dedica mucho tiempo a ella y no tiene tantos problemas con él, ya que él es una persona muy tranquila.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 8

Nombre: L.B.
Edad: 42 años
Escolaridad: universitaria
Ocupación: abogada
Estado civil: soltera

Motivo de la consulta

Es hipertensa hace 1 año que ingresó al programa de Salud de adultos desde que le diagnosticaron la enfermedad. Para ella se le ha hecho muy difícil aceptar su enfermedad, ya que se consideraba sana en ese momento y no se sentía mayores malestares. Todavía no siente molestias físicas, pero sus niveles de PA varían mucho cuando se la toma. Tiene mucho temor de una enfermedad coronaria ya que su papá sufre del corazón (le han dado dos infartos) y su mamá también es hipertensa, además los dos son diabéticos. Se ha deprimido mucho con el diagnóstico, en especial, porque le da mucho miedo morir y dejar a su hijo tan pequeño. Trata de salir y distraerse cuando está triste, pero no se le hace fácil y termina siempre comiendo mucho en especial comida chatarra.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que lo que le pasa es terrible y no lo puede manejar.
- Nivel afectivo: triste, confusa y pesimista.
- Nivel conductual: duerme mucho, llora, sale mucho y come más.
- Nivel motivacional: tiene muchas ganas como que le digan que esto no es real.

- Nivel físico: aumento de la PA.

Historia familiar:

Es la menor de cinco hermanos, tiene un hijo de 5 años, nunca se ha casado y vive con sus padres. Ambos padres son hipertensos y diabéticos, el padre tiene antecedentes de enfermedad coronaria. Un hermano también es hipertenso y diabético. Mantiene muy buenas relaciones con su familia. Las únicas cosas que le preocupan con relación a su familia es que no siempre se ponen de acuerdo en cuanto a la educación de su hijo. En ocasiones sus padres la regañan porque no tiene paciencia con el niño. Ellos se desautorizan mutuamente delante del niño, sabe que eso no está bien, pero en ocasiones permite que sus padres consientan muchas cosas al niño porque sabe que lo quieren y que ellos hacen muchas cosas por ellos como cuidárselo mientras ella trabaja.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: piensa que es terrible, porque puede llevarla a la muerte.
- Historia laboral: trabaja en una institución gubernamental y es un trabajo muy estresante porque continuamente están supervisándolos y presionándolos a que terminen el trabajo y en ocasiones llega muy cansada a su casa.
- Historia sexual-afectiva: actualmente no tiene una pareja, con el padre de su hijo mantiene muy poca relación, ya que el es casado y no se ocupa de su hijo, prácticamente no lo ve, por lo que ella no quiere saber nada de él.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 9

Nombre: G.M.
Edad: 54 años
Escolaridad: universitaria
Ocupación: laboratorista
Estado civil: casado

Motivo de la consulta

Es hipertenso hace 4 años. Se le sube la PA y cuando esto sucede le da mucho dolor de cabeza, se siente mucha debilidad y se marea, no ha podido dejar de fumar, ni de tomar bebidas alcohólicas los fines de semana. En cuanto a la dieta es más sencillo mientras coma en su casa porque su esposa sigue una dieta similar. Tiene muchas discusiones con la esposa porque ella quiere que deje el cigarrillo y el alcohol, y él le dice que de algo se tiene que morir así que no lo moleste. Cuando se siente mal se toma los medicamentos que le mandan, pero cuando va a salir y sabe que va a tomar no se los toma. Está cansado de las reclamaciones y problemas que hay en su casa y quisiera que lo dejaran en paz. Para distraerse de los problemas y sentirse mejor sale y se divierte con sus amigos.

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que el problema no es tan grave y que él lo puede manejar.
- Nivel afectivo: molesto, irritado e intranquilo.
- Nivel conductual: grita, discute con la esposa.

- Nivel motivacional: deseos de que lo dejen tranquilo.
- Nivel físico: aumento de la PA, dolores de cabeza, debilidad y mareos.

Historia familiar:

Está casado tiene una hija y un nieto que viven en su casa. No conoce de antecedentes de hipertensión en su familia. Mantiene una relación distante con sus hermanos, sus padres ya murieron.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: no cree que su problema sea tan serio y no ve la necesidad de dejar de hacer tantas cosas que le recomendaron.
- Historia laboral: es dueño de un laboratorio, tiene personas bajo su cargo y su trabajo le gusta mucho, así que no lo considera una fuente de estrés en ocasiones es su manera de olvidarse de otros problemas.
- Historia sexual-afectiva: la relación de pareja con su esposa es muy difícil en estos momentos, ella es muy cansona para él porque siempre lo está celando y eso a él lo pone de muy mal humor. En cuanto a su enfermedad lo trata como a un niño diciéndole siempre lo que tiene que hacer.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión

Sujeto 10

Nombre: F.D.
Edad: 58 años
Escolaridad: primaria
Ocupación: jubilado
Estado civil: casado

Motivo de la consulta

- Enfermedad: es hipertenso y es referido por problemas de peso, ya que no ha bajado y ha subido 10 libras en las últimas citas de control. Refiere que es muy difícil manejar las dietas. Además, generalmente se le eleva la PA cuando se enoja mucho.
- Duración: tiene 7 años en que se le diagnosticó la enfermedad, pero tiene un año en que ha tenido problemas con el control y las medidas de PA han sido muy elevadas en los últimos controles
- Problemas asociados: dolores de cabeza, problemas para controlar el peso, dificultades en sus relaciones interpersonales.
- Modelos de afrontamiento: se aísla

Enumeración de los síntomas:

- Nivel cognitivo: piensa que los otros son pocos considerados, no lo comprenden en las cosas que él sugiere y que deberían ser más justos

- Nivel afectivo: ansiedad, irritación, pesimismo.
- Nivel conductual: grita, regaña y en ocasiones se enfrenta verbalmente con las personas
- Nivel motivacional: desea sentirse bien, pero no sabe cómo
- Nivel físico: dolor de cabeza, insomnio, malestares gastrointestinales.

Historia de la queja actual

Aunque fue diagnosticado hace años, no siempre tiene problemas con el control de la enfermedad, acude a sus citas y toma sus medicamentos, pero lo que más dificultad le ocasiona es manejar su enojo.

Historia familiar:

- Antecedentes psíquicos: su madre sufría de depresión, una de sus hermanas también
- Antecedentes físicos: su mamá sufrió de hipertensión y murió de infarto, dos de sus ocho hermanos también sufren de hipertensión.
- Tratamientos seguidos: recibieron tratamiento con medicamentos y psicoterapia para la depresión. Y para las afecciones médicas recibieron atención de medicamentos.
- Relaciones familiares: son buenas con su esposa y dos hijos. Sin embargo, con sus hermanos es un poco conflictiva, ya que tienen a su papá quien necesita de atención constante y sólo él y otro hermano son los que se turnan para cuidarlo y las demás hermanas lo hacen esporádicamente, lo que ha provocado constantes fricciones y discusiones con ellas, además se siente muy cansado y eso lo hace irritable con otras personas.

Historia personal:

- Conceptualizaciones de la enfermedad: no tiene problemas con las citas médicas y los medicamentos. Sin embargo, refiere que la dieta no la puede seguir, ya que le causa malestares estomacales. No puede dejar de comer lo que siempre ha comido porque sino no se llena, además en las noche le da mucha hambre y come muchas golosinas.
- Historia laboral: es jubilado de la policia nacional, está jubilado hace 11 años y su trabajo fue muy demandante y estresante, no dormía bien y cree que eso influye que ahora todavía sufra de insomnios.
- Historia educacional: cursó estudios primarios.
- Historia sexual-afectiva: menciona no tener problemas significativos con su esposa, en ocasiones, se disgustan pero nada que demore mucho.
- Otras enfermedades: sufre de migrañas y de gastritis.
- Tratamiento actual: toma dos medicamentos para la hipertensión y uno para la gastritis.

Diagnóstico:

F 54.0 Factores Psicológicos Asociados a la Hipertensión